

Survey questions distributed to rural residents about COVID-19 [Spanish]

Hola. Estamos hablando con personas en el condado de [insert location here] sobre las vacunas contra el COVID-19 y la gripe. Por favor, tómese unos minutos para responder a nuestra encuesta.

Pensamientos y sentimientos personales sobre COVID-19

1. ¿Qué tan preocupado está por contraer COVID-19?
 - ☐ No me preocupa en absoluto
 - ☐ Un poco preocupado
 - ☐ Algo preocupado
 - ☐ Muy preocupado
2. Que tan importante cree usted que es vacunarse para protegerse del COVID-19?
 - ☐ Nada de importante
 - ☐ Un poco importante
 - ☐ Algo importante
 - ☐ Muy importante
3. Que tan segura cree usted que es la vacuna contra el COVID-19?
 - ☐ Nada de segura
 - ☐ Algo segura
 - ☐ Muy segura
 - ☐ Completamente segura
4. En tu conocimiento, alguna vez has tenido COVID-19?
 - ☐ Si
 - ☐ No
 - ☐ No estoy seguro
5. ¿Sintió la necesidad de vacunarse contra el COVID-19 para poder hacer lo siguiente? Seleccione todas las que correspondan.
 - ☐ Socializar con la familia
 - ☐ Socializar con amigos
 - ☐ Asistir a reuniones públicas masivas (p. ej., eventos deportivos o festivales de música)
 - ☐ Viajar en avion
 - ☐ Atender a eventos religiosos
 - ☐ Acudir a un centro de salud
 - ☐ Recibir cuidados medicos
 - ☐ Ir a trabajar o a la escuela
 - ☐ No usar una mascarilla
 - ☐ Ninguna de arriba
 - ☐ Other:
6. ¿Cuánto confía en los proveedores de atención médica que le administraron la vacuna contra el COVID-19?
 - ☐ No confío
 - ☐ Un poco de confianza
 - ☐ Confío
 - ☐ Confío plenamente

Información social sobre vacunas

7. Si tuvieras que adivinar, ¿cuántos de tus familiares y amigos han recibido una vacuna contra el COVID-19?
- ☐ Ninguno
 - ☐ Algunos
 - ☐ Muchos
 - ☐ Casi todos
8. ¿Alguna vez un médico, enfermero u otro profesional de la salud le ha recomendado que se vacune contra el COVID-19?
- ☐ Si
 - ☐ No
 - ☐ No estoy seguro
9. En el último mes, ¿ha visto o escuchado alguna información negativa sobre la seguridad o eficacia de las vacunas contra el COVID-19?
- ☐ Si
 - ☐ No
 - ☐ No estoy seguro
10. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha intentado encontrar información sobre las vacunas contra la COVID-19?
- ☐ Nunca
 - ☐ Raramente
 - ☐ Algunas veces
 - ☐ A menudo
 - ☐ No estoy seguro
11. ¿Sintió que alguno de los siguientes factores trató de influir en usted para que se vacunara contra el COVID-19? Seleccione todas las que correspondan.
- ☐ Familia
 - ☐ Amigos
 - ☐ Mis empleadores
 - ☐ Trabajadores
 - ☐ Escuelas
 - ☐ Restaurantes a los que asistes
 - ☐ Celebridades o influencers
 - ☐ Lideres religiosos
 - ☐ Doctores u otros proveedores de salud
 - ☐ Oficiales del gobierno
 - ☐ Ninguno de estos
12. ¿Sintió que alguno de los siguientes trató de influir en usted para que EVITARA vacunarse contra el COVID-19? Seleccione todas las que correspondan.
- ☐ Familia
 - ☐ Amigos
 - ☐ Empleadores
 - ☐ Trabajadores
 - ☐ Escuelas
 - ☐ Lugares a los que asiste

- Celebridades o influencers
- Líderes religiosos
- Doctores u otro proveedor de salud
- Oficiales del gobierno
- Ninguno de estos

13. ¿En qué medida estás de acuerdo con la siguiente afirmación?

Tengo la responsabilidad de vacunarme contra el COVID-19 para proteger a los demás.

- No estoy de acuerdo
- Algo de acuerdo
- Fuertemente de acuerdo
- Muy fuertemente de acuerdo

Cuestiones prácticas

14. ¿Qué tan difícil [sería para usted / fue para usted] vacunarse contra el COVID-19?

- Nada de difícil
- Un poco difícil
- Algo difícil
- Muy difícil

15. ¿Su trabajo o escuela requiere que se vacune contra el COVID-19?

- Si
- No
- Desempleado/No aplica (no está en la escuela, educado en casa)
- No estoy seguro

16. ¿En qué medida está de acuerdo con la siguiente afirmación?

Puedo vacunarme contra el COVID-19 si quiero.

- No estoy de acuerdo
- Algo de acuerdo
- Fuertemente de acuerdo
- Extremadamente de acuerdo

17. ¿Alguno de los siguientes factores le impidió o le dificultó vacunarse contra el COVID-19?

Seleccione todas las que correspondan.

- Obtener una cita en línea
- No saber dónde vacunarse
- Dificultad para llegar a los sitios de vacunación - transporte/ubicación
- Los sitios de vacunación no están abiertos en horarios convenientes
- La vacuna no estaba disponible
- Ninguno de estos
- Other:

18. ¿Cómo afecta el hecho de ofrecer premios en efectivo u otras recompensas para vacunarse contra el COVID-19 a su confianza en una vacuna?

- Disminuye mi confianza
- No influye en mi confianza
- Aumenta mi confianza

Vacunación

19. ¿Cuántas dosis de la vacuna contra la COVID-19 ha recibido?
- ☐ Ninguna
 - ☐ Una
 - ☐ Dos
 - ☐ Mas de dos
 - ☐ No estoy seguro
20. Si no se recibieron dosis de la vacuna. ¿Qué probabilidades hay de que se vacune contra el COVID-19?
- ☐ NA - Not Applicable
 - ☐ Definitivamente vacúnese
 - ☐ Probablemente se vacune
 - ☐ No estoy seguro
 - ☐ Probablemente no se vacune
 - ☐ Definitivamente no se vacune
21. En los últimos dos años, ¿ha recibido algún tipo de vacuna que no fuera una vacuna contra el COVID-19, como la vacuna contra la gripe estacional, la neumonía o el herpes zóster?
- ☐ Si
 - ☐ No
 - ☐ No estoy seguro

Demográfica

22. Cual es su edad actual?
- ☐ 18 a 24
 - ☐ 25 a 34
 - ☐ 35 a 44
 - ☐ 45 a 54
 - ☐ 55 a 64
 - ☐ 65 o mas
 - ☐ prefiero no responder
23. Cual es su genero
- ☐ Masculino
 - ☐ Femenino
 - ☐ Non-binary
 - ☐ Prefiero no responder
24. ¿Eres de origen hispano o latino?
- ☐ Si
 - ☐ No
25. Elija una o más de las siguientes categorías para describir su raza.
- ☐ Blanco
 - ☐ Negro o afroamericano
 - ☐ Amerindio
 - ☐ Nativo de Alaska
 - ☐ Nativo de Hawaiian

- Isleño del Pacífico
- Algo mas _____

26. ¿Cuál es el grado o año escolar más alto que has completado?

- 8 grado o mas
- 9-12- no diploma
- Graduado de la escuela secundaria o GED completado
- Haber completado un programa vocacional, de comercio o de escuela de negocios
- Algunos créditos universitarios, pero ningún título
- Título de asociado (AA, AS)
- Licenciatura (BA, BS, AB)
- Maestría (MA, MS, MSW, MBA)
- Doctorado (PHD, EDD) o título profesional (MD, DDS, DVM, JD)

27. ¿Es usted un trabajador de primera línea o esencial según su estado o región?

- Si
- No
- No estoy Seguro

28. ¿En qué lugar o entorno trabajas actualmente?

- Atención médica (p. ej., hospital, consultorio médico, dentista o especialista en salud mental, centro ambulatorio, atención a largo plazo, atención médica domiciliaria, farmacia, laboratorio médico)
- Servicios sociales (p. ej., servicios para niños, jóvenes, familias, adultos mayores, discapacidades)
- Preescolar o guardería
- Escuela K-12
- Otras escuelas y entornos de instrucción (p. ej., colegio, universidad, escuela profesional, de negocios, técnica o de oficios, escuela de manejo, preparación para exámenes, tutoría)
- Primera respuesta (p. ej., protección policial o contra incendios, servicios de socorro de emergencia)
- Cuidado de la muerte (p. ej., funeraria, crematorio, cementerio)
- Instalación correccional (por ejemplo, cárcel, prisión, centro de detención, reformatorio)
- Tienda de alimentos y bebidas (p. ej., tienda de comestibles, club de almacenes, supercentros, tienda de conveniencia, tienda de alimentos especializados, panadería)
- Agricultura, silvicultura, pesca o caza
- Instalaciones de fabricación de alimentos (por ejemplo, procesamiento de carne, empaque de productos agrícolas, fabricación de alimentos o bebidas)
- Instalaciones de fabricación no alimentarias (por ejemplo, metales, equipos y maquinaria, productos electrónicos)
- Transporte público (p. ej., autobús, tren de cercanías, metro, autobús escolar)
- Servicio Postal de los Estados Unidos
- Otro
- No estoy seguro

29. ¿Tiene algún tipo de cobertura de atención médica? Esto incluye el seguro médico, los planes prepagados como las HMO o los planes gubernamentales como Medicare o el Servicio de Salud Indígena.

- Si

- ☐ No
 - ☐ No estoy seguro
- 30. Al buscar atención médica en los últimos dos años, ¿siente que sus experiencias fueron peores, iguales o mejores que las de las personas de otras razas o etnias?
 - ☐ Peor que otras razas o etnias
 - ☐ Lo mismo que otras razas o etnias
 - ☐ Mejor que otras razas o etnias
- 31. ¿Tiene una afección médica que puede ponerlo en mayor riesgo de contraer COVID-19?
 - ☐ Si
 - ☐ No
 - ☐ No estoy seguro
- 32. ¿Tiene serias dificultades para ver, oír, caminar, recordar, tomar decisiones o comunicarse?
 - ☐ Si
 - ☐ No
 - ☐ No estoy seguro
- 33. En los últimos siete días, ¿con qué frecuencia ha usado una mascarilla al entrar en espacios públicos cerrados como restaurantes, tiendas u otros negocios?
 - ☐ Nunca
 - ☐ Raramente
 - ☐ Algunas veces
 - ☐ Frecuentemente
 - ☐ Siempre
 - ☐ No fui a la tienda/No aplica
- 34. ¿Dirías que tu salud mental es excelente, muy buena, buena, regular o mala?
 - ☐ Excelente
 - ☐ Muy buena
 - ☐ Buena
 - ☐ Justa
 - ☐ Pobre

Gracias por completar esta encuesta.

35. ¿Tiene alguna sugerencia para el departamento de salud sobre cómo alentar a más personas a vacunarse contra el COVID-19, la influenza u otra vacuna?