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

1. Que tan importante cree usted que es vacunarse para protegerse del COVID-19?

* Nada de importante
* Un poco importante
* Algo importante
* Muy importante

1. Que tan segura cree usted que es la vacuna contra el COVID-19?

* Nada de segura
* Algo segura
* Muy segura
* Completamente segura

1. En tu conocimiento, alguna vez has tenido COVID-19?

* Si
* No
* No estoy seguro

1. ¿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:

1. ¿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

1. Si tuvieras que adivinar, ¿cuántos de tus familiares y amigos han recibido una vacuna contra el COVID-19?

* Ninguno
* Algunos
* Muchos
* Casi todos

1. ¿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

1. 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

1. 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

1. ¿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

1. ¿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
* Lideres religiosos
* Doctores u otro proveedor de salud
* Oficiales del gobierno
* Ninguno de estos

1. ¿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

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

* Nada de difícil
* Un poco difícil
* Algo difícil
* Muy difícil

1. ¿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

1. ¿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
* Extremamente de acuerdo

1. ¿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:

1. ¿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

1. ¿Cuántas dosis de la vacuna contra la COVID-19 ha recibido?

* Ninguna
* Una
* Dos
* Mas de dos
* No estoy seguro

1. 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

1. 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

1. 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

1. Cual es su genero

* Masculino
* Femenino
* Non-binary
* Prefiero no responder

1. ¿Eres de origen hispano o latino?

* Si
* No

1. 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 \_\_\_\_\_\_\_\_

1. ¿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)

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

* Si
* No
* No estoy Seguro

1. ¿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

1. ¿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

1. 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

1. ¿Tiene una afección médica que puede ponerlo en mayor riesgo de contraer COVID-19?

* Si
* No
* No estoy seguro

1. ¿Tiene serias dificultades para ver, oír, caminar, recordar, tomar decisiones o comunicarse?

* Si
* No
* No estoy seguro

1. 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

1. ¿Dirías que tu salud mental es excelente, muy buena, buena, regular o mala?

* Excelente
* Muy buena
* Buena
* Justa
* Pobre

Gracias por completar esta encuesta.

1. ¿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?