

# Consentimiento

Registrar ID

---

## Consentimiento

¿Es necesario el consentimiento para este estudio?

- Sí, es necesario dar consentimiento para este estudio
- No, no se requiere/no se exige consentimiento para este estudio

Fecha de consentimiento

---

(MM/DD/AAAA)

Acepto darle permiso a Duke Clinical Research Institute para que recolecte toda la información identificable.

- Sí  No  
(Esto permitirá permitir la vinculación de datos desidentificados.)

Acepto que Duke Clinical Research Institute obtenga mi número de seguridad social.

- Sí  No

Acepto darle permiso a Duke Clinical Research Institute para que obtenga solamente mi código postal y ninguna otra información identificable.

- Sí  No

Acepto que se me contacte para futuras investigaciones.

- Sí  No

# Ubicacion

---

Condado

---

---

Código postal

---

# Datos Sociodemograficos

Fecha de recolección de datos sociodemográficos

\_\_\_\_\_

(MM/DD/AAAA)

## Características demográficas

¿Cuál es su raza?

Marque uno o más recuadros y escriba sus orígenes en letra de imprenta.

- Indio estadounidense o nativo de Alaska
  - Negro o afroamericano
  - Asiático
  - Nativo hawaiano u otro nativo de la Polinesia
  - Blanco
  - Alguna otra raza
  - Prefiero no responder
- (Marque todas las opciones que correspondan)

- Japonés
  - Filipino
  - Chino
  - Coreano
  - Otro asiático
- (Marque todas las opciones que correspondan)

- Hawaiano nativo
  - Nativo de la Polinesia
  - Samoano
  - Tongano
  - Maorí
  - Fiyiano
  - Chamorro
  - Chuukés
  - Kosraeno
  - Marshalés
  - Palauano
  - Pohnpeiano
  - Yapés
  - Otro nativo de la Polinesia
- (Marque todas las opciones que correspondan)

Especifique otro origen.

Escriba su raza de origen en letra de imprenta.

\_\_\_\_\_

¿Es usted de origen hispano, latino o español?

- No, no de origen hispano, latino o español
- Sí, de origen hispano, latino o español
- Prefiero no responder

Especifique su origen

- Mexicano, Mexicano-americano, Chicano
- Puertorriqueño
- Cubano
- Otro origen hispano, latino o español

Especifique otro origen hispano, latino o español.  
Por ejemplo, salvadoreño, dominicano, colombiano,  
guatemalteco, español, ecuatoriano, etc.

\_\_\_\_\_

---

Edad

Para bebés menores de 1 año, no escriba la edad en meses. Escriba su edad como 0.

(Años)

---

¿Cuál fue su sexo asignado al nacer?

Mujer  
 Hombre  
 No binario  
 Ninguna de ellas me describe  
 Prefiero no responder

---

¿Qué términos expresan mejor cómo describe su identidad de género?

Mujer  
 Hombre  
 No binario  
 Hombre transgénero/mujer a hombre (MaH)  
 Mujer transgénero/hombre a mujer (HaM)  
 Género no binario/genderqueer/inconformidad de género  
 Sin género  
 Bigénero  
 Ninguno de ellos me describe  
 Prefiero no responder

---

¿Está embarazada actualmente?

Embarazada  
 No embarazada  
 No lo sé  
 Prefiero no responder

---

¿Cuál de las siguientes afirmaciones representa mejor cómo se identifica en este momento?

Gay  
 Lesbiana  
 Heterosexual; es decir, ni gay ni lesbiana, etc.  
 Bisexual  
 Ninguno de ellos me describe  
 prefiero no responder

---

¿Cuál es el nivel de educación más alto que ha logrado fuera o en los Estados Unidos? Los grados son aproximadamente equivalentes a los años de educación.

Nunca he ido a la escuela  
 5º grado o menos  
 6º al 8º grado  
 9º hasta 12.º grado, sin diploma  
 Graduado de la secundaria o GED completado  
 Alguna licenciatura de nivel universitario/técnico/vocacional  
 Licenciatura de la universidad  
 Otro título universitario (Máster, Doctorado)  
 Prefiero no responder  
 No lo sé

# Vivienda Empleo Y Seguro

## Vivienda

Fecha de recolección de alojamiento, empleo y seguro

\_\_\_\_\_  
(MM/DD/AAAA)

Qué opción describe mejor a su familia en el hogar:

- Solo
- Vivo con mi cónyuge, sin niños
- Familia, incluidos los niños
- Familia de 3 generaciones (padres, niños, nietos)
- Familia de 4 generaciones
- Ninguna de las anteriores

¿Vive actualmente en vivienda transitoria, reside en un refugio o no tiene hogar?

- Sí
- No
- Prefiero no responder
- No lo sé

¿Vive en alguno de estos?

- Un entorno de atención al grupo
- Residencia de ancianos
- Residencia de la tercera edad para personas con discapacidades intelectuales y de desarrollo
- Una instalación de tratamiento psiquiátrico
- Una casa de acogida
- Un hogar de hospedaje y cuidado
- Prisión o cárcel
- Un centro de rehabilitación A
- Orfanato
- Otro lugar

¿Dónde reside/vive?

\_\_\_\_\_

## Empleo

¿Usted o alguien en su hogar ha experimentado una pérdida de ingresos laborales desde el inicio de la pandemia de COVID-19 (marzo de 2020)?

- Sí
- No

Nos gustaría saber qué hace: ¿está trabajando actualmente o buscando trabajo, es jubilado, realiza trabajo doméstico, es estudiante u otro?

- Actualmente con trabajo
- Solo temporalmente despedido, licencia por enfermedad o por maternidad
- Buscando trabajo, desempleado
- Jubilado
- Discapacitado, permanente o temporalmente
- Trabajo doméstico
- Estudiante
- Otro (especificar)
- Prefiero no responder
- No lo sé

Situación laboral actual, otra: especifique

\_\_\_\_\_

¿Se considera usted un trabajador esencial? Un trabajador esencial es alguien que estaba obligado a ir a trabajar incluso cuando hay órdenes de quedarse en su hogar

- Sí  
 No  
 Prefiero no responder  
 Incierto

¿Alguna de estas describe dónde trabaja?

- Centros de cuidado de enfermería  
 Enfermera en el hogar o servicio de asistencia para la salud en el hogar  
 Servicios de limpieza  
 Transporte público  
 Establecimiento penitenciario  
 TEM o servicios de paramédicos  
 Instalaciones de granja de embalaje de carne  
 Instalaciones de producción de alimentos y agricultura  
 Supermercado  
 Construcción  
 No

¿Cuál es el tipo principal de seguro médico o plan de seguro médico que tiene ahora?

- NO tengo seguro médico  
 Privado (adquirido directamente o a través del empleo)  
 Público (Medicare, Medicaid, Tricare)  
 No lo sé  
 Prefiero no responder  
 (Excluir planes que pagan solo un tipo de Servicio (como atención en residencia de ancianos, accidentes, planificación familiar o atención odontológica) y planes que solo proporcionan efectivo adicional cuando están hospitalizados.)

¿Perdió la cobertura de salud debido a la pandemia de COVID-19?

- Sí  
 No  
 Prefiero no responder  
 No lo sé

La pandemia de COVID-19 puede causarles dificultades a algunas personas, tanto si se enferman con la COVID-19 como si no. En los últimos 6 meses, ¿ha experimentado usted o su familia alguno de los siguientes desafíos?

Recibir la atención médica que necesito (incluida la salud mental)

- No, no es un desafío  
 Sí, es un desafío menor  
 Sí, es un desafío importante

Tener un lugar para residir/vivir

- No, no es un desafío  
 Sí, es un desafío menor  
 Sí, es un desafío importante

Tener comida suficiente para alimentarse

- No, no es un desafío  
 Sí, es un desafío menor  
 Sí, es un desafío importante

Tener agua filtrada para beber

- No, no es un desafío  
 Sí, es un desafío menor  
 Sí, es un desafío importante

---

Recibir los medicamentos que necesito

- No, no es un desafío  
 Sí, es un desafío menor  
 Sí, es un desafío importante

---

Llegar adonde tengo que ir

- No, no es un desafío  
 Sí, es un desafío menor  
 Sí, es un desafío importante

---

### Lenguaje hablado

---

¿Habla algún idioma distinto del inglés en su hogar?

- Sí  
 No  
 Prefiero no responder

---

Qué idioma(s)

- Español  
 Vietnamita  
 Mandarín  
 Cantonés  
 Tagalo  
 Hawaiano  
 Ilocano  
 Navajo  
 Otro

(Para proyectos/centros que necesitan idiomas adicionales, diríjase a su jefe de EIT para que se añadan idiomas adicionales al instrumento de base para la coherencia de codificación. Gracias.)

---

Especifique otro(s) idioma(s)

---

---

### Ingresos familiares

---

En 2019, ¿cuáles fueron sus ingresos domésticos totales sin los impuestos?

- Menos de \$15,000  
 \$15,000 - \$19,999  
 \$20,000 - \$24,999  
 \$25,000 - \$34,999  
 \$35,000 - \$49,999  
 \$50,000 - \$74,999  
 \$75,000 - \$99,999  
 \$100,000 y más  
 Prefiero no responder

# Ppe En El Trabajo Y Distanciamiento

---

Recolección de fecha de trabajo, EPI y distanciamiento

\_\_\_\_\_  
(MM/DD/AAAA)

---

En su lugar de trabajo, ¿tiene acceso a las instalaciones necesarias para lavarse?

- Sí, todo el tiempo
- Sí, la mayoría del tiempo
- En algunos momentos
- Rara vez
- No en absoluto

---

¿Su trabajo requiere que esté en contacto cercano (es decir, a menos de 6 metros) de otras personas?

- Sí, todo el tiempo
- Sí, la mayoría del tiempo
- En algunos momentos
- Rara vez
- No en absoluto

---

En su lugar de trabajo, ¿tiene acceso equipos de protección individual (EPI)?

- Sí, todo el tiempo
- Sí, la mayoría del tiempo
- En algunos momentos
- Raras veces
- No en absoluto
- No aplica

# Antecedentes Medicos

## Antecedentes médicos

Fecha de recolección de los antecedentes médicos

\_\_\_\_\_  
(MM/DD/AAAA)

## Condiciones

¿Tiene alguna de las siguientes afecciones? (Marque todas las opciones que correspondan)

Afección de inmunodeficiencia  Sí  No

Enfermedad autoinmune  Sí  No

Hipertensión (HTA, presión arterial alta)  Sí  No

Diabetes  Sí  No

Nefropatía crónica (NPC)  Sí  No

Diagnóstico y/o tratamiento del cáncer en los últimos 12 meses  Sí  No

Enfermedad cardiovascular (ECV o cardiopatía)  Sí  No

Asma  Sí  No

Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)  Sí  No

Otra enfermedad pulmonar crónica  Sí  No

Anemia de células falciformes  Sí  No

Depresión  Sí  No

Trastornos relacionados con el consumo de alcohol o sustancias  Sí  No

Uso de medicamentos intravenosos  Sí  No

Otro trastorno de salud mental  Sí  No

Otra afección crónica  Sí  No

# Estado De Salud

Fecha de la recolección del estado de salud

\_\_\_\_\_ (MM/DD/AAAA)

## Estatura

¿Cuál es su altura sin zapatos?

Elija las unidades que desea utilizar para la estatura

- Pies y pulgadas  
 Metros y centímetros  
 No lo sé  
 Prefiero no responder

Pies

\_\_\_\_\_

Pulgadas

\_\_\_\_\_

Metros

\_\_\_\_\_

Centímetros

\_\_\_\_\_

## Peso

Elija las unidades que desea utilizar para el peso

- Kilogramos  
 Libras

¿Cuánto pesa sin ropa ni zapatos?

\_\_\_\_\_

Si está embarazada, ¿cuánto pesaba antes de su embarazo?

\_\_\_\_\_

¿Cuánto pesa sin ropa ni zapatos?

\_\_\_\_\_

Si está embarazada, ¿cuánto pesaba antes de su embarazo?

\_\_\_\_\_

## Salud autonotificada

¿Diría que su salud en general es excelente, muy buena, buena, regular o mala?

- Excelente  
 Muy bien  
 Buena  
 Regular  
 Mala  
 Prefiero no responder  
 No lo sé

¿Tiene una discapacidad que interfiere en su capacidad para realizar las actividades de todos los días? Algunos ejemplos de actividades de todos los días son caminar, subir escaleras, comprar, llevar su contabilidad, bañarse o vestirse.

- Sí  
 No  
 Prefiero no responder

# Aceptacion De La Vacuna

Fecha de la recolección de la aceptación de la vacuna

(MM/DD/AAAA)

## Vacunación

¿Se ha vacunado alguna vez contra la gripe?

- Sí  
 No  
 No lo recuerdo

¿Se ha vacunado contra la gripe esta temporada (últimos 6 meses)?

- Sí  
 No  
 No lo recuerdo

¿Se ha vacunado contra la COVID-19?

- Sí  
 No  
 Prefiero no responder  
 No lo sé

¿Qué probabilidad tiene de vacunarse con una vacuna aprobada contra la COVID-19 cuando esté disponible?

- Muy probable  
 Bastante probable  
 No demasiado probable  
 Nada probable  
 Indudablemente no  
 No lo sé  
 Prefiero no responder  
 No aplicable

## Motivos para recibir/no recibir una vacuna contra la COVID 19

¿Por qué se vacunaría contra la COVID-19?

- Quiero mantener a mi familia segura  
 Quiero mantener a mi comunidad segura  
 Quiero mantenerme seguro  
 Tengo un problema de salud crónico, como el asma o la diabetes  
 Mi médico me ha dicho que me vacune contra la COVID-19  
 No quiero estar realmente enfermo con COVID-19  
 Quiero sentirme seguro al estar rodeado de otras personas  
 creo que la vida no volverá a la normalidad hasta que la mayoría de las personas se vacunen contra la COVID-19  
 Otro

(Marque todas las opciones que correspondan)

---

¿Por qué NO se vacunaría contra la COVID-19?

- Soy alérgico a las vacunas
  - No me gustan las agujas
  - No me preocupa estar realmente enfermo de COVID-19
  - me preocupan los efectos secundarios de la vacuna
  - No creo que las vacunas funcionen muy bien
  - No creo que la vacuna sea segura
  - No creo que la pandemia de la COVID-19 sea tan grave como dicen
  - No quiero pagarla
  - No sé lo suficiente acerca de la vacuna contra la COVID-19
  - Otro
- (Marque todas las opciones que correspondan)

# Pruebas

Fecha de recolección de la prueba

(MM/DD/AAAA)

Si diera positivo en la prueba para la COVID-19, ¿sería capaz de aislarse sin perder su trabajo?

- Sí
- No
- No lo sé
- Prefiero no responder

Si estuviera expuesto a alguien con la COVID-19, ¿podría cumplir con la cuarentena sin perder su trabajo?

- Sí
- No
- No lo sé
- Prefiero no responder

## Evaluado previamente para la COVID-19

¿Alguna vez se le ha realizado una prueba para detectar la COVID-19?

- Sí
- No
- No lo sé
- Prefiero no responder

## Tuvo un resultado positivo en una prueba para la COVID-19

¿Alguna vez ha dado positivo en la prueba para la COVID-19?

- Sí
- No
- No lo sé
- Prefiero no responder

¿En qué mes dio positivo por primera vez en la prueba para la COVID-19?

- enero
- febrero
- marzo
- abril
- mayo
- junio
- julio
- agosto
- septiembre
- octubre
- noviembre
- diciembre

¿En qué año dio positivo por primera vez en la prueba para la COVID-19?

- 2019
- 2020
- 2021

---

¿En qué mes se realizó su prueba más reciente para la COVID-19?

- enero
- febrero
- marzo
- abril
- mayo
- junio
- julio
- agosto
- septiembre
- octubre
- noviembre
- diciembre

---

¿En qué año se realizó su prueba más reciente para la COVID-19?

- 2019
- 2020
- 2021

---

¿Cuál fue el resultado de su prueba más reciente para la COVID-19?

- Negativo
- Positivo
- Nunca obtuvo resultados
- Indeterminado
- No lo sé
- Prefiero no responder

---

¿De qué manera se realizó su prueba más reciente?

- Hisopado nasal
- Hisopado faríngeo
- Muestra de sangre
- Saliva

---

### Accesibilidad a las pruebas

---

Sé dónde puedo realizarme la prueba para la COVID-19 en mi comunidad.

- Totalmente en desacuerdo
- En desacuerdo
- Ni en desacuerdo ni de acuerdo
- De acuerdo
- Totalmente de acuerdo

---

Es fácil realizarse la prueba para la COVID-19.

- Totalmente en desacuerdo
- En desacuerdo
- Ni en desacuerdo ni de acuerdo
- De acuerdo
- Totalmente de acuerdo

# Prueba Para La Deteccion De La Covid

Esto es para proyectos que realizan pruebas agudas. Para recolectar como parte del procedimiento de pruebas del personal del estudio. Para muchos proyectos pueden completarse con anticipación algunos de estos campos, como ubicación, objetivo del método, nombre de la prueba, tipo de muestra, recolector de muestras. Los resultados de las pruebas deberán completarse después de la recolección

Fecha de recolección de la información de la prueba para la COVID

---

## Información de las pruebas

Estado de la enfermedad del participante realizándose la prueba

- Asintomático
- Enfermedad presintomática
- Enfermedad ambulatoria leve/moderada
- Enfermedad aguda
- Enfermedad grave/crítica del paciente
- Exposición
- Enfermedad convaleciente

Calidad y reglamentación

- Certificación CLIA/CP
- CLIA de renuncia
- Autorizado por la FDA (EUA)
- Aprobado por la FDA
- LDT
- Otro (especificar)

Otra aprobación

---

Entorno de la recolección de pruebas

- Clínica
- Ventanilla
- Hogar
- Unidad móvil
- Laboratorio
- Por correo
- Lugar comunitario (p. ej., iglesia, colegio, centro comunitario, etc.)
- Otro, especificar

Otro entorno

---

Ubicación de realización de la prueba

- Clínica
- Ventanilla
- Hogar
- Unidad móvil
- Laboratorio
- Por correo
- Lugar comunitario (p. ej., iglesia, colegio, centro comunitario, etc.)
- Otro, especificar

Otra ubicación de realización

---

---

Entorno del estudio

- Centro de salud
- Residencia de ancianos o centro de cuidados a largo plazo
- Prisión o instalaciones correctivas
- Alojamiento público
- Rural
- Urbano
- Escuela
- En casa
- Otro, especificar

---

Otro entorno del estudio

---

---

Objetivo del método de prueba

- Anticuerpo
- Antígeno
- ácido nucleico/RCP
- ácido nucleico/isotérmico
- Respuesta molecular/hospedador
- marcador bioquímico (p. ej., pH)
- Otro, especificar

---

Otro objetivo del método

---

---

Fabricante de la prueba (o laboratory developed test, TDL) y nombre de la prueba

---

---

Tipo de muestra

- Hisopado nasal anterior
- Hisopado nasal del cornete medio
- Hisopado nasofaríngeo
- Hisopado orofaríngeo
- Lavado nasal
- Saliva
- Esputo
- Sangre entera
- Otro, especificar

---

Otro tipo de muestra

---

---

Recolector de muestras

- Autorecolección
- Recolección por parte proveedores de atención médica
- Otro, especificar

---

Otro recolector de muestras

---

---

Fecha y hora de recolección de la muestra

---

---

Fecha y hora de recepción del resultado

---

---

Fecha y hora de envío de los resultados al participante

---

---

Resultado en bruto de la prueba (si no es un informe positivo/negativo/fracasado)

---

Resultado de la prueba

- Positivo
- Negativo
- Fracaso
- Perdido
- Otro

---

Otro resultado de la prueba

---

# Síntomas

**Esto es para proyectos que realizan pruebas agudas. Para recolectar como parte del procedimiento de pruebas del personal del estudio.**

Fecha de la recolección de síntomas

\_\_\_\_\_ (MM/DD/AAAA)

## Síntomas actuales

¿Ha tenido alguno de estos síntomas durante la semana pasada?

	Sí	No	No lo sé
Fiebre o escalofríos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dificultad para respirar o falta de aire	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Falta de energía o sensación general de cansancio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dolores musculares o corporales	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dolor de cabeza	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nueva pérdida del gusto o del olfato	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dolor de garganta, congestión o secreción nasal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Descompostura de estómago o vómitos, diarrea	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dolor abdominal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Erupción cutánea	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Otro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

# Alcohol Y Tabaco

---

Fecha de recolección del consumo de alcohol/tabaco

\_\_\_\_\_

(MM/DD/AAAA)

## Alcohol y tabaco/uso de nicotina

---

En toda su vida, ¿ha tomado al menos 1 bebida de cualquier tipo de alcohol, sin contar las probaditas o sorbos?

- Sí
- No
- Prefiero no responder

---

¿Con qué frecuencia toma alcohol?

- Nunca
- Mensualmente o menos
- 2 a 4 veces al mes
- 2 a 3 veces a la semana
- 4 o más veces a la semana
- No lo sé o me niego a responder

---

¿Fuma cigarrillos?

- Todos los días
- Algunos días
- No, en absoluto
- Prefiero no responder
- No lo sé

---

Si fuma todos los días, ¿cuántos cigarrillos fuma por día en promedio?

\_\_\_\_\_

---

¿Ahora usa cigarrillos electrónicos todos los días, algunos días, rara vez o no, en absoluto?

- Todos los días
- Algunos días
- Rara vez
- No, en absoluto
- Prefiero no responder
- No lo sé

# Identidad

## Sobre usted

Fecha de la recolección de la identidad

\_\_\_\_\_  
(MM/DD/AAAA)

Nombre

\_\_\_\_\_

Apellido

\_\_\_\_\_

Dirección

\_\_\_\_\_

Dirección 2

\_\_\_\_\_

Ciudad

\_\_\_\_\_

---

Estado o territorio

- Alabama
- Alaska
- Arizona
- Arkansas
- California
- Colorado
- Connecticut
- Delaware
- District of Columbia(DC)
- Florida
- Georgia
- Hawaii
- Idaho
- Illinois
- Indiana
- Iowa
- Kansas
- Kentucky
- Louisiana
- Maine
- Maryland
- Massachusetts
- Michigan
- Minnesota
- Mississippi
- Missouri
- Montana
- Nebraska
- Nevada
- New Hampshire
- New Jersey
- New Mexico
- New York
- North Carolina
- North Dakota
- Ohio
- Oklahoma
- Oregon
- Pennsylvania
- Rhode Island
- South Carolina
- South Dakota
- Tennessee
- Texas
- Utah
- Vermont
- Virginia
- Washington
- West Virginia
- Wisconsin
- Wyoming
- American Somoa
- GUAM
- Northern Mariana Islands
- Puerto Rico
- US Virgin Islands

---

Teléfono móvil

\_\_\_\_\_

---

Teléfono del hogar

\_\_\_\_\_

---

Otro teléfono

---

---

Correo electrónico personal

---

---

Otro correo electrónico

---

---

Método de contacto preferido

- Teléfono móvil
- Teléfono del hogar
- Otro teléfono
- Correo electrónico personal
- Otro correo electrónico

---

Fecha de nacimiento

---

(MM/DD/AAAA)

## Nivel2 Datos Sociodemograficos

---

¿Alguna de las siguientes es una descripción más detallada de cómo se identifica?

- Queer
  - Polisexual, omnisexual, sapiosexual o pansexual
  - Asexual o en el espectro asexual
  - Dos espíritus
  - No lo ha descubierto o está en proceso de descubrir su sexualidad
  - Mayormente heterosexual, pero a veces lo atraen personas de su mismo sexo
  - No considera que tiene sexualidad
  - No usa etiquetas para identificarse
  - No sabe la respuesta
  - No, tengo una descripción diferente que me gustaría especificar
- 

Especifique su descripción de cómo se identifica

---

## Nivel2 Antecedentes Medicos

### Procedimiento médico no realizado

Desde el inicio de la pandemia de la COVID-19 (marzo de 2020), ¿ha necesitado posponer cualquier atención médica?

Sí  No

## Nivel2 Aceptacion De La Vacuna

---

¿Ha completado la vacunación contra la COVID-19? La mayoría de las vacunas contra la COVID-19 requieren dos inyecciones.

- Sí
- No
- Prefiero no responder
- No lo sé

## Nivel2 Pruebas

### Exactitud percibida de las pruebas

¿En qué medida está seguro de que un resultado negativo de la prueba significa que no tiene COVID-19?

- Nada seguro  
 En cierto modo seguro  
 Seguro  
 Muy seguro

¿En qué medida está seguro de que un resultado positivo de la prueba significa que tiene COVID-19?

- Nada seguro  
 En cierto modo seguro  
 Seguro  
 Muy seguro

### Beneficios percibidos de las pruebas

¿En qué cantidad las siguientes lo alentarán a realizarse las pruebas?

	No, en absoluto	En cierto modo	Algo	Moderadamente	Muchísimo
Reducir la preocupación de que podría tener la COVID-19.	<input type="radio"/>				
Creer que estuve expuesto a alguien que tiene la COVID-19.	<input type="radio"/>				
Para saber si estoy seguro de no contagiar de COVID-19 a amigos y familiares.	<input type="radio"/>				
Para saber si estoy seguro de no contagiar de COVID-19 a nadie que me rodea.	<input type="radio"/>				
Para que mi empleador sepa si es seguro que trabaje.	<input type="radio"/>				
Para recibir tratamiento precoz (si doy positivo).	<input type="radio"/>				

### Riesgos percibidos de las pruebas

¿En qué cantidad las siguientes lo desalentarán a someterse a las pruebas?

	No, en absoluto	En cierto modo	Algo	Moderadamente	Muchísimo
Puede experimentar molestias al realizarse la prueba.	<input type="radio"/>				
Incluso si no tengo COVID-19 en el momento de la prueba, podré contagiarme después.	<input type="radio"/>				

No tengo síntomas de COVID-19, por lo que no es necesario realizarme la prueba.	<input type="radio"/>				
Si doy positivo, los funcionarios tendrán que comunicarse con las personas con las que he estado en contacto.	<input type="radio"/>				
No quiero saber si la tengo.	<input type="radio"/>				
No hay mucho que puedan hacer por mí si la tengo.	<input type="radio"/>				
Es difícil de conseguir atención sanitaria si la tengo.	<input type="radio"/>				

### Intención de hacerse la prueba

Tengo previsto someterme a pruebas con la frecuencia necesaria.

- Totalmente en desacuerdo  
 En desacuerdo  
 Ni en desacuerdo ni de acuerdo  
 De acuerdo  
 Totalmente de acuerdo

### Interpretación de resultados negativos o positivos

Si doy negativo, significa que

(Marque todas las opciones que correspondan):

- No tengo que preocuparme por contagiarme de COVID-19  
 No tengo COVID-19 ahora  
 Puedo estar cerca de otros transmitirles el virus  
 Puedo estar cerca de otros sin que me transmitan el virus  
 (Marque todas las opciones que correspondan)

Si obtengo un resultado positivo, significa que:

(Marque todas las opciones que correspondan)

- Tendré que ingresar en el hospital  
 Necesitaré aislarme de otros  
 Tendré que faltar al trabajo  
 (Marque todas las opciones que correspondan)

## Nivel2 Medicamentos

Fecha de la recolección de la medicación

\_\_\_\_\_  
(MM/DD/AAAA)

### Medicamentos

**La Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) de los Estados Unidos mantiene una base de datos de nombres comerciales de fármacos, fármacos genéricos y productos biológicos terapéuticos que pueden ayudar con la clasificación y la acción de los medicamentos.**

¿Toma actualmente medicamentos con receta?

- Sí  
 No  
 Prefiero no responder o no lo recuerdo

**Nombre del medicamento recetado 1**

\_\_\_\_\_

**Nombre del medicamento recetado 2**

\_\_\_\_\_

**Nombre del medicamento recetado 3**

\_\_\_\_\_

**Nombre del medicamento recetado 4**

\_\_\_\_\_

**Nombre del medicamento recetado 5**

\_\_\_\_\_

**Nombre del medicamento recetado 6**

\_\_\_\_\_

**Nombre del medicamento recetado 7**

\_\_\_\_\_

**Nombre del medicamento recetado 8**

\_\_\_\_\_

**Nombre del medicamento recetado 9**

\_\_\_\_\_

**Nombre del medicamento recetado 10**

\_\_\_\_\_

**Nombre del medicamento recetado 11**

\_\_\_\_\_

**Nombre del medicamento recetado 12**

\_\_\_\_\_

**Nombre del medicamento recetado 13**

\_\_\_\_\_

**Nombre del medicamento recetado 14**

\_\_\_\_\_

**Nombre del medicamento recetado 15**

---

**Nombre del medicamento recetado 15**

Medicamentos recetados que no pueden transcribirse:

---

## Nivel2 Alcohol Y Tabaco

---

¿Cuántas bebidas con alcohol toma en un día normal?

- 1 o 2  
 3 o 4  
 5 o 6  
 7, 8 o 9  
 10 o más  
 Prefiero no responder

---

¿Por cuántos años ha fumado?

\_\_\_\_\_

---

¿Por cuántos años ha vapeado?

\_\_\_\_\_

---

Fecha de recogida del uso del medicamento

\_\_\_\_\_  
(MM/DD/AAAA)

---

¿Ha utilizado marihuana en los últimos 12 meses?

- Sí  
 No

---

Si ha utilizado marihuana en los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia ha fumado?

- Una vez al día o casi una vez al día  
 Aproximadamente una o dos veces por semana  
 Aproximadamente una vez al mes  
 Raras veces (menos de una vez al mes)  
 Nunca

---

Si ha utilizado marihuana en los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia ha vapeado?

- Una vez al día o casi una vez al día  
 Aproximadamente una o dos veces por semana  
 Aproximadamente una vez al mes  
 Raras veces (menos de una vez al mes)  
 Nunca

---

En los últimos 12 meses, ¿ha usado con frecuencia medicamentos recetados solo por la sensación, más de lo recetado o que no le fueron recetados?

- Una vez al día o casi una vez al día  
 Aproximadamente una o dos veces por semana  
 Aproximadamente una vez al mes  
 Raras veces (menos de una vez al mes)  
 Nunca

---

En los últimos 12 meses, ¿ha utilizado alguna de las siguientes drogas: cocaína o crack, heroína, cristal (metanfetamina), alucinógenos (como LSD, silocibina, polvo de ángel, ketamina) o éxtasis?

- Sí  
 No

**¿Con qué frecuencia ha utilizado cada uno de los siguientes fármacos?**

Cocaína o crack

- Una vez al día o casi una vez al día
- Aproximadamente una o dos veces por semana
- Aproximadamente una vez al mes
- Raras veces (menos de una vez al mes)
- Nunca
- 

Heroína

- Una vez al día o casi una vez al día
- Aproximadamente una o dos veces por semana
- Aproximadamente una vez al mes
- Raras veces (menos de una vez al mes)
- Nunca
- 

Cristal (metanfetamina)

- Una vez al día o casi una vez al día
- Aproximadamente una o dos veces por semana
- Aproximadamente una vez al mes
- Raras veces (menos de una vez al mes)
- Nunca
- 

Alucinógenos (como LSD, silocibina, polvo de ángel, ketamina)

- Una vez al día o casi una vez al día
- Aproximadamente una o dos veces por semana
- Aproximadamente una vez al mes
- Raras veces (menos de una vez al mes)
- Nunca
- 

éxtasis

- Una vez al día o casi una vez al día
- Aproximadamente una o dos veces por semana
- Aproximadamente una vez al mes
- Raras veces (menos de una vez al mes)
- Nunca
-

## Nivel2 Discapacidad

---

Fecha de la recolección de la discapacidad

\_\_\_\_\_  
(MM/DD/AAAA)

---

¿Es sordo o tiene dificultades para oír?

Sí  No

---

¿Es ciego o tiene dificultades graves para ver, incluso cuando lleva gafas?

Sí  No

---

Debido a una afección física, mental o emocional, ¿tiene dificultades graves para concentrarse, recordar o tomar decisiones?

Sí  No

(5 años o más)

---

¿Tiene dificultades graves para caminar o subir las escaleras?

Sí  No

(5 años o más)

---

¿Tiene dificultad para vestirse o bañarse?

Sí  No

(5 años o más)

---

Debido a una afección física, mental o emocional, ¿tiene dificultades para hacer recados solo como ir a la consulta de un médico o ir a comprar?

Sí  No

(15 años o más)

## Nivel2 Inseguridad De Los Alimentos

### Inseguridad de los alimentos:

Voy a leerle dos afirmaciones que las personas han hecho sobre su situación alimentaria.

Dígame si la afirmación fue a **MENUDO**, **A VECES** o **NUNCA** real (para usted/los otros miembros de su casa) en los últimos 12 meses.

La primera afirmación es:

"Los alimentos que (yo/nosotros) compré/compramos no duraron y (yo/nosotros) no tengo/tenemos dinero para comprar más".

- A menudo cierto
- A veces cierto
- Nunca cierto
- No lo sé
- Prefiero no responder

¿Eso le sucedió a veces, en ocasiones o nunca a (usted/su familia) en los últimos 12 meses?

La segunda afirmación es:

"(Yo/nosotros) no pude/pudimos costear comprar comidas equilibradas".

- A menudo cierto
- A veces cierto
- Nunca cierto
- No lo sé
- Prefiero no responder

¿Eso le sucedió a veces, en ocasiones o nunca a (usted/su familia) en los últimos 12 meses?

En los últimos 12 meses, (hace 12 meses), ¿ha/n cortado (usted/su familia) alguna vez el tamaño de las comidas o se ha/n saltado comidas, ya que no había suficiente dinero para comer?

- Sí
- No
- No lo sé
- Prefiero no responder

¿Con qué frecuencia ocurrió esto?: casi todos los meses, algunos meses, pero no todos, o solo 1 o 2 meses?

- Casi todos los meses
- Algunos meses pero no todos
- Solo 1 o 2 meses
- No lo sé
- Prefiero no responder

En los últimos 12 meses, ¿ha comido menos de lo que sentía que debería porque no había dinero suficiente para comprar alimentos?

- Sí
- No
- No lo sé
- Prefiero no responder

En los últimos 12 meses, ¿ha tenido alguna vez hambre pero no comió porque no podía costear el suficiente alimento?

- Sí
- No
- No lo sé
- Prefiero no responder

Las frutas y verduras frescas en mi barrio son de alta calidad

- Totalmente de acuerdo
- Algo de acuerdo
- Neutro/sin opinión
- Algo en desacuerdo
- Totalmente en desacuerdo
- No lo sé

## Nivel2 Vivienda

---

En los últimos 2 meses, ¿ha residido el mismo lugar?

- Sí
  - No
  - Prefiero no responder
  - No lo sé
- 

¿Le preocupa o le preocupa que en los próximos 2 meses NO tenga un lugar para residir?

- Sí
- No
- Prefiero no responder
- No lo sé

## Nivel2 Confianza

**¿Cuánto confía usted en cada una de estas fuentes para proporcionar información correcta sobre la COVID 19? (Seleccione una respuesta para cada fila).**

	Nada	Un poco	Algo	Mucho con	No lo sé
Su médico o proveedor de atención médica	<input type="radio"/>				
Su líder espiritual	<input type="radio"/>				
Sus amigos cercanos y miembros de su familia	<input type="radio"/>				
Personas con las que trabaja o va a clase u otras personas que conoce	<input type="radio"/>				
Noticias en la radio, la televisión, en línea o en periódicos	<input type="radio"/>				
Sus contactos en redes sociales	<input type="radio"/>				
El gobierno de los EE. UU.	<input type="radio"/>				
El Grupo de trabajo de EE. UU. contra el coronavirus	<input type="radio"/>				

## Nivel2 Ssn Y Mrn

---

Número de seguridad social

---

---

Número de registro médico

---

---

Organización del número de registro médico

---