

## COVID-19 Prevention

El coronavirus 2019 (COVID-19) es una enfermedad causada por el nuevo coronavirus. La primera serie de preguntas se relaciona con lo que usted piensa sobre el COVID-19 y lo que puede hacer para protegerse de esta enfermedad.

### COVID-19 Prevention Behaviors

**P1. En los últimos 7 días, ¿con qué frecuencia eligió seguir cada una de las siguientes recomendaciones cuando estuvo en lugares públicos, para protegerse y proteger a los demás del COVID-19? (No incluya cosas que tuvo que hacer obligatoriamente, como usar una mascarilla para poder entrar a una tienda. Seleccione una respuesta por renglón).**

	Todo el tiempo	Con mucha frecuencia	Algunas veces	Nunca
Usé una cubierta facial o mascarilla				
Me lavé las manos con jabón o usé desinfectante de manos varias veces al día.				
Me mantuve al menos a 2 metros (6 pies) de distancia de otras personas que no viven en mi casa.				

### COVID-19 Testing Behaviors

**P2. ¿Alguna vez le han hecho una prueba de COVID-19?**

- Sí  
 No

### Intentions to Get a COVID-19 Vaccine

La siguiente pregunta se refiere a la vacuna contra el COVID-19. Una vacuna es una sustancia que ayuda a proteger contra ciertas enfermedades.

**P3. ¿Ha recibido la vacuna contra el COVID-19?**

- Sí [VAYA A LA P4]  
 No [VAYA A LA P3]

**P4. ¿Cuán probable es que usted se vacune contra el COVID-19 cuando haya disponible una vacuna aprobada?**

<b>Nada probable</b>						<b>Muy probable</b>
1	2	3	4	5	6	7

### Trusted Sources of Information about COVID-19

**P5. ¿Hasta qué punto confía que cada una de las siguientes fuentes de información le dará la información correcta sobre el COVID-19? (Seleccione una respuesta por renglón.)**

	Para nada	Un poco	Mucho	No lo sé
Su médico o proveedor de cuidados de salud				
Su líder religioso o espiritual				
Sus amigos cercanos y su familia				
Sus compañeros de trabajo, de clases, u otras personas que conoce				
Las noticias en la radio, la televisión, en Internet o en periódicos				
Sus contactos en redes sociales (por ejemplo, Facebook, Twitter, etc.)				
El gobierno de los Estados Unidos				
La comisión especial del coronavirus de los Estados Unidos				
Líderes en su comunidad				
Políticos locales				
Carteleros				

### COVID-19 Clinical Trials

Ahora le haremos algunas preguntas sobre los estudios clínicos de COVID-19.

Un **estudio clínico** es un tipo de estudio de investigación. Los estudios clínicos determinan si los tratamientos o las vacunas son seguros para las personas y si dan resultado como se supone que deben hacerlo.

Actualmente, se están realizando estudios clínicos en todo Estados Unidos para determinar si los nuevos tratamientos y vacunas del COVID-19 son los indicados para mantener saludables a las personas.

## COVID-19 Clinical Trial Registration or Enrollment Behaviors

### P6. ¿Se inscribió alguna vez en un estudio clínico de COVID 19?

[Programming Note: Can select both yes options, but if select no, cannot select yes options.]

- Sí, me inscribí en un estudio clínico para una vacuna contra el COVID 19. [VAYA A LA P10]
- Sí, me inscribí en un estudio clínico para un tratamiento para el COVID 19. [VAYA A LA P10]
- No, nunca me he inscrito en un estudio clínico de COVID-19. [VAYA A LA P6]

## Self-Reported Awareness and Knowledge about COVID-19 Clinical Trials

### P7. ¿Sabe usted que se están realizando estudios clínicos de COVID-19?

[Programming Note: Can select both yes options, but if select no or not sure, cannot select yes options.]

- Sí, sé qué hay estudios clínicos para vacunas contra el COVID-19 [VAYA A LA P7]
- Sí, sé qué hay estudios clínicos para tratamientos para el COVID-19 [VAYA A LA P7]
- No [VAYA A LA P8]
- No estoy seguro(a) [VAYA A LA P8]

### P8. ¿Sabe qué hacer para inscribirse en un estudio clínico de COVID-19 en su área?

- Sí
- No
- No estoy seguro(a)

## Willingness and Intentions to Register or Enroll in a COVID-19 Clinical Trial

Le haremos algunas preguntas más acerca de los estudios clínicos de COVID-19.

Nuevamente, un **estudio clínico** es un tipo de estudio de investigación. Los estudios clínicos evalúan si los tratamientos o las vacunas son seguros para las personas y si dan resultado como se supone que deben hacerlo.

Actualmente, se están realizando estudios clínicos en todo Estados Unidos para determinar si los nuevos tratamientos y vacunas del COVID-19 son los indicados para mantener saludables a las personas.

**P9. ¿Cuán dispuesto(a) está a inscribirse en un estudio clínico para una vacuna contra el COVID-19?**

Para nada dispuesto(a)						Muy dispuesto(a)
1	2	3	4	5	6	7

**P10. ¿Qué tan probable es que se inscriba en un estudio clínico para una vacuna contra el COVID-19?**

Nada probable						Muy probable
1	2	3	4	5	6	7

**Trust Regarding COVID-19 Clinical Trials**

**P11. A continuación, se presentan fuentes de información de estudios clínicos sobre el COVID-19. ¿Hasta qué punto confía usted que cada una de estas fuentes le proporcionen información correcta? (Seleccione una respuesta en cada fila.)**

	Mucho	Bastante	No mucho	Para nada	Sin opinión
El gobierno de los Estados Unidos					
Su médico o proveedor de atención médica					
Su clínica local de cuidados de salud u hospital					
Hospitales universitarios					
Compañías que fabrican fármacos para uso médico					
Personas que realizan estudios de investigación					

## Social Determinants of Health and Demographics

La siguiente serie de preguntas se refiere a usted y a su hogar.

### Access to Health Services

**P12. La pandemia del COVID-19 puede causar retos para algunas personas, ya sea que contraigan COVID-19 o no lo contraigan. En los últimos 30 días, ¿usted o su familia se han encontrado con alguno de los siguientes retos? (Seleccione una respuesta por renglón)**

	No, no es un reto	Sí, es un reto menor	Sí, es un reto mayor
Recibir la atención médica que necesito (incluyendo atención de salud mental)			
Tener un lugar para vivir			
Tener suficiente comida para alimentarme			
Tener agua potable para beber			
Conseguir los medicamentos que necesito			
Poder llegar adonde necesito ir			
Llegar a mi trabajo			
Conseguir quien me cuide a mis hijos			
Participar en actividades religiosas			
Socializar			
Celebrar			
Sentirme seguro/a en mi relación de pareja			
Mantener mi trabajo			
Tener acceso a educación a distancia			

### Demographics

**P13. ¿En qué mes y año nació?**

Mes: \_\_\_\_\_

Año: \_\_\_\_\_

**P14. ¿Cuál es su género?**

- Hombre
- Mujer
- Mujer transgénero o mujer trans
- Hombre transgénero u hombre trans

- Género no binario, género queer o género fluido
- Describiría mi género como: \_\_\_\_\_
- Prefiero no responder

**P15. De las siguientes opciones, ¿cuál describe mejor cómo se identifica usted?**

- Gay
- Lesbiana
- Heterosexual (es decir, ni gay ni lesbiana)
- Bisexual
- Otra
- Prefiero no responder

**P16. Actualmente, ¿cuántas personas viven o se están quedando en su casa? Inclúyase usted, a otros adultos y a niños.**

\_\_\_\_\_ personas

**P17. ¿Cuál de las siguientes situaciones describe sus circunstancias actuales? (Seleccione todas las opciones que correspondan).**

- Trabajo con sueldo: tiempo parcial (menos de 40 horas por semana)
- Trabajo con sueldo: tiempo completo (40 horas a la semana o más)
- Trabajo sin sueldo (por ejemplo, como pasante)
- Licencia laboral
- Desempleado y en busca de trabajo
- Desempleado SIN buscar trabajo
- Jubilado(a)
- Me quedo en casa, cuidado de la casa o de otras personas
- No puedo trabajar debido a una discapacidad
- Voy a la escuela
- Otra: \_\_\_\_\_