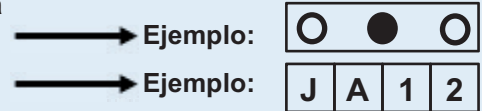


**Registro de Salud del World Trade Center**  
**Encuesta de seguimiento sobre COVID-19**

**Instrucciones:**

- Rellene los círculos completamente con un bolígrafo de tinta negra o azul.
- Escriba las respuestas en letra mayúscula.



Esta encuesta contiene preguntas que ayudarán al Registro a comprender de qué forma la pandemia del COVID-19 (o enfermedad por coronavirus 2019) 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	0	2	

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. ¿Alguna vez tuvo COVID-19?

- Sí
- No → Pase a la pregunta 20

5. ¿Cómo sabe que tuvo COVID-19? Seleccione todas las opciones que correspondan.

- Lo confirmé con un resultado positivo en una prueba de PCR en un centro de pruebas, una clínica o con un proveedor de atención de salud
- Lo confirmé con una prueba rápida positiva o una prueba para hacer en casa
- Un proveedor de atención de salud sospechó que tenía COVID-19, pero no me hice la prueba
- Según una prueba de anticuerpos
- Otra razón (especifique):  
\_\_\_\_\_

6. ¿Cuándo cree que tuvo COVID-19 por primera vez? Si no recuerda exactamente, su mejor estimación es suficiente.

M	M	/	A	A	A	A
		/	2	0	2	

7. ¿Cree que tuvo COVID-19 más de una vez?

- Sí
- No → Pase a la pregunta 9

8. ¿Cuándo cree que tuvo COVID-19 por última vez? Si no recuerda exactamente, su mejor estimación es suficiente.

M	M	/	A	A	A	A
		/	2	0	2	

9. Cuándo tuvo COVID-19, ¿cuál de los siguientes síntomas tuvo? Seleccione todas las opciones que correspondan. Seleccione cualquier síntoma que comenzó o empeoró durante el periodo en que tuvo COVID-19. Si tuvo COVID-19 más de una vez, refiérase a la experiencia de su enfermedad más significativa.

- Sin síntomas → Pase a la pregunta 18
- Fiebre/sudor/escalofríos o temblores
- Falta de aire (dificultad para respirar)
- Tos
- Sibilancias
- Dolor/molestia/opresión en el pecho
- Náuseas/vómitos/diarrea/dolor de estómago
- Molestia/Dolor muscular o articular
- Fatiga
- Congestión o goteo nasal
- Dolor de cabeza
- Dolor de garganta
- Pérdida del gusto u olfato
- Confusión/dificultad para pensar o concentrarse/confusión mental
- Otro (especifique):  
\_\_\_\_\_

→ Pase a la pregunta 10

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

## REGISTRO DE SALUD DEL WORLD TRADE CENTER

10. ¿Durante cuánto tiempo no pudo desenvolverse con normalidad debido a los síntomas del COVID-19?

- Siempre pude desenvolverme con normalidad
- Entre uno y tres días
- Entre cuatro y seis días
- Al menos una semana, pero menos de dos semanas
- Al menos dos semanas, pero menos de cuatro semanas
- Al menos cuatro semanas, pero menos de 12 semanas
- 12 semanas o más

11. ¿Cuál de las siguientes opciones hizo debido a sus síntomas? *Seleccione todas las opciones que correspondan.*

- Vi a un proveedor de atención de salud en persona, en una clínica, consultorio médico, atención urgente o departamento de emergencias.
- Hablé con un proveedor de atención de salud por teléfono, video o correo electrónico.
- Llamé al **911** u otros servicios de emergencia con preocupaciones sobre mis síntomas.
- Me autoaislé o permanecí en cuarentena en casa.
- Ninguna de las anteriores.

12. ¿Fue hospitalizado/a porque tuvo COVID-19 o síntomas del COVID-19? *No incluya las veces en las que estuvo hospitalizado/a por un motivo no relacionado con COVID-19 y luego obtuvo un resultado positivo en la prueba del COVID-19 en el hospital.*

- Sí, una vez
- Sí, varias veces
- No → *Pase a la pregunta 15*

13. ¿Cuánto tiempo estuvo hospitalizado/a por COVID-19? *Si estuvo hospitalizado más de una vez por COVID-19, piense en su estancia de mayor duración en un hospital por COVID-19 para responder esta pregunta.*

- Menos de 24 horas
- Más de 24 horas, pero menos de una semana
- Al menos una semana, pero menos de dos semanas
- Al menos dos semanas, pero menos de cuatro semanas
- Al menos cuatro semanas, pero menos de ocho semanas
- Más de ocho semanas

14. Mientras estuvo hospitalizado/a por COVID-19, alguna vez: *(Seleccione todas las opciones que correspondan.)*

- Estuvo en una unidad de cuidados intensivos (ICU, por sus siglas en inglés)
- Intubado/a o puesto/a en un respirador artificial
- Dado oxígeno (por mascarilla o nariz)
- Se lo/la sometió a diálisis renal
- Ninguna de las anteriores

15. ¿Tuvo alguno de los siguientes problemas durante más de 12 semanas después de que comenzó su enfermedad del COVID-19?

*Seleccione todas las opciones que correspondan. Considere solo los síntomas que no están asociados a otro motivo.*

- Cansancio o fatiga inusual
- Dificultad para respirar, falta de aire o tos
- Confusión/dificultad para pensar o concentrarse/confusión mental
- Sentido del gusto o del olfato alterado
- Dolor muscular o articular
- Problemas para dormir
- Mareo al ponerse de pie
- Depresión o ansiedad
- Otro problema (especifique):

Ninguna de las anteriores → *Pase a la pregunta 18*

16. ¿Actualmente experimenta estos síntomas?

- Sí
- No

17. ¿En qué medida sus proveedores de atención de salud lo han ayudado a disminuir estos síntomas?

- Mucho
- Poco
- Un poco
- Para nada
- No corresponde. No he consultado a un proveedor de atención de salud debido a estos síntomas.

***Este espacio se dejó en blanco de forma intencional.  
Pase a la pregunta 18 en la página siguiente.***

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

## ENCUESTA DE SEGUIMIENTO SOBRE EL COVID-19

18. ¿Le ha dicho un proveedor de atención de salud que puede tener una nueva afección, enfermedad o discapacidad debido a COVID-19?

- Sí  
 No → Pase a la pregunta 20

19. ¿Qué nueva afección, enfermedad o discapacidad su proveedor de atención de salud cree que puede tener debido a COVID-19? Seleccione todas las opciones que correspondan.

- Fatiga post-viral  
 Síndrome de COVID persistente (o COVID prolongado)  
 Un coágulo sanguíneo en las piernas, el corazón, el pulmón o el cerebro  
 Una afección cardíaca (por ejemplo, angina, ataque cardíaco o insuficiencia cardíaca congestiva)  
 Una afección pulmonar  
 Un accidente cerebrovascular (enfermedad cerebrovascular)  
 Una afección que afecta la mente o el cerebro (por ejemplo, depresión, ansiedad u otras afecciones, como la demencia)  
 Una afección que afecta el sistema nervioso fuera del cerebro  
 Una afección que afecta los riñones  
 Enfermedad de la tiroides  
 Presión arterial alta o hipertensión  
 Diabetes o nivel alto de azúcar en la sangre  
 Artritis (incluida la osteoartritis o reumatismo)  
 Cáncer o tumor maligno (inclusive leucemia)  
 Otro (especifique): \_\_\_\_\_

20. Con respecto a su salud física, que incluye lesiones y enfermedades físicas, ¿cuántos días su salud física no fue buena durante los últimos 30 días?

días

21. Con respecto a su salud mental, que incluye el estrés, la depresión y problemas emocionales, ¿cuántos días su salud mental no fue buena durante los últimos 30 días?

días

22. ¿Cuántos días la mala salud física o mental le impidió hacer sus actividades habituales durante los últimos 30 días?

días

23. En comparación con antes del inicio de la pandemia del COVID-19, ¿diría que su salud física se encuentra ahora mejor, peor o igual?

- Mejor  
 Peor  
 Igual

24. En comparación con antes del inicio de la pandemia del COVID-19, ¿diría que su salud mental o emocional se encuentra ahora mejor, peor o igual?

- Mejor  
 Peor  
 Igual

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

## REGISTRO DE SALUD DEL WORLD TRADE CENTER

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

- Cero dosis → Pase a la pregunta 27
- Una dosis
- Dos dosis
- Tres dosis
- Cuatro dosis o más

26. Nos gustaría saber cuándo recibió sus dosis de la vacuna contra el COVID-19, incluyendo las dosis de refuerzo. Use su tarjeta de vacunación contra el COVID-19, agregue el mes y el año en que recibió cada dosis y la marca de la vacuna de cada dosis a continuación. Si no tiene su tarjeta de vacunas, su mejor estimación es suficiente.

	Mes y año de la vacunación	Marca de la vacuna																
Dosis 1	<table style="margin: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">M</td> <td style="text-align: center;">M</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black;"></td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black;"></td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black;"></td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black;"></td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black;"></td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black;"></td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; text-align: center;">2</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; text-align: center;">0</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; text-align: center;">2</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>	M	M											2	0	2		<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Pfizer-BioNTech (Comirnaty)</li> <li><input type="radio"/> Moderna (Spikevax)</li> <li><input type="radio"/> Johnson &amp; Johnson (J&amp;J)/Janssen</li> <li><input type="radio"/> Otro (especifique): _____</li> </ul>
M	M																	
				2	0	2												
Dosis 2	<table style="margin: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">M</td> <td style="text-align: center;">M</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black;"></td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black;"></td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black;"></td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black;"></td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black;"></td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black;"></td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; text-align: center;">2</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; text-align: center;">0</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; text-align: center;">2</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>	M	M											2	0	2		<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Pfizer-BioNTech (Comirnaty)</li> <li><input type="radio"/> Moderna (Spikevax)</li> <li><input type="radio"/> J&amp;J/Janssen</li> <li><input type="radio"/> Otro (especifique): _____</li> </ul>
M	M																	
				2	0	2												
Dosis 3	<table style="margin: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">M</td> <td style="text-align: center;">M</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black;"></td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black;"></td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black;"></td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black;"></td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black;"></td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black;"></td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; text-align: center;">2</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; text-align: center;">0</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; text-align: center;">2</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>	M	M											2	0	2		<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Pfizer-BioNTech (Comirnaty)</li> <li><input type="radio"/> Moderna (Spikevax)</li> <li><input type="radio"/> J&amp;J/Janssen</li> <li><input type="radio"/> Otro (especifique): _____</li> </ul>
M	M																	
				2	0	2												
Dosis 4	<table style="margin: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">M</td> <td style="text-align: center;">M</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black;"></td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black;"></td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black;"></td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black;"></td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black;"></td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black;"></td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; text-align: center;">2</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; text-align: center;">0</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; text-align: center;">2</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>	M	M											2	0	2		<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Pfizer-BioNTech (Comirnaty)</li> <li><input type="radio"/> Moderna (Spikevax)</li> <li><input type="radio"/> J&amp;J/Janssen</li> <li><input type="radio"/> Otro (especifique): _____</li> </ul>
M	M																	
				2	0	2												
Dosis 5	<table style="margin: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">M</td> <td style="text-align: center;">M</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black;"></td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black;"></td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black;"></td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black;"></td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black;"></td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black;"></td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; text-align: center;">2</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; text-align: center;">0</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; text-align: center;">2</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>	M	M											2	0	2		<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Pfizer-BioNTech (Comirnaty)</li> <li><input type="radio"/> Moderna (Spikevax)</li> <li><input type="radio"/> J&amp;J/Janssen</li> <li><input type="radio"/> Otro (especifique): _____</li> </ul>
M	M																	
				2	0	2												
Dosis 6	<table style="margin: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">M</td> <td style="text-align: center;">M</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black;"></td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black;"></td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black;"></td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black;"></td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black;"></td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black;"></td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; text-align: center;">2</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; text-align: center;">0</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; text-align: center;">2</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>	M	M											2	0	2		<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Pfizer-BioNTech (Comirnaty)</li> <li><input type="radio"/> Moderna (Spikevax)</li> <li><input type="radio"/> J&amp;J/Janssen</li> <li><input type="radio"/> Otro (especifique): _____</li> </ul>
M	M																	
				2	0	2												

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

## ENCUESTA DE SEGUIMIENTO SOBRE EL COVID-19

**27. Antes de la pandemia del COVID-19, ¿alguna vez tuvo alguna de las siguientes afecciones?** *Seleccione todas las opciones que correspondan. No incluya aquellas que desarrolló durante o después de la pandemia.*

- Enfermedad cardiovascular o afección cardíaca
- Cáncer
- Enfermedad renal crónica
- Enfermedad hepática crónica
- Enfermedad crónica del sistema respiratorio (por ejemplo, asma o bronquitis crónica)
- Fibrosis quística
- Demencia u otros trastornos neurológicos
- Discapacidad
- Inmunodepresión o tomar medicamentos que supriman el sistema inmunitario
- Afecciones de salud mental (por ejemplo, la depresión, trastornos del espectro de esquizofrenia o trastornos por consumo de sustancias)
- Anemia de células falciformes o talasemia
- Trasplante de órganos sólidos o células madre
- Tuberculosis
- Ninguna de las anteriores

**28. En los últimos 12 meses, ¿aplazó la atención médica que necesitaba?**

- Sí  
 No → *Pase a la pregunta 32*

**29. ¿Qué tipo de atención médica necesitaba, pero aplazó o no recibió en los últimos 12 meses?** *Seleccione todas las opciones que correspondan.*

- Atención preventiva (por ejemplo, examen físico o limpieza dental anual)
- Procedimiento de diagnóstico
- Atención por una afección crónica
- Visita a un médico especialista
- Procedimiento quirúrgico
- Medicamento con receta médica
- Atención para aliviar un dolor
- Atención por una afección de salud mental
- Prueba de detección de cáncer (especifique): \_\_\_\_\_
- Otro tipo de atención (especifique): \_\_\_\_\_

**30. ¿Por qué aplazó o no recibió la atención médica que necesitaba en los últimos 12 meses?** *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
- Le preocupaba enfermarse con COVID-19 mientras recibía atención
- Cree que la atención necesaria podría posponerse de manera segura
- No pudo asistir a la clínica/al consultorio del médico (por problemas de transporte)
- No supo dónde recibir atención médica/tratamiento o hacerse una prueba de detección
- No tuvo tiempo
- Le preocupaba el costo de recibir atención
- 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
- No pudo conseguir personal de cuidado infantil o ayuda en el cuidado de un familiar
- Procedimientos optativos pospuestos debido a sobrecargas, escasez de personal o políticas gubernamentales relacionados con el COVID
- Otra razón (especifique): \_\_\_\_\_

**31. ¿La atención médica que aplazó incluyó alguna de sus afecciones de salud relacionadas con el 9/11 certificado por el Programa de Salud del World Trade Center (WTCHP, por sus siglas en inglés)?**

*La certificación de una afección relacionada con el 9/11 significa que el WTCHP determinó que su afección es elegible para recibir tratamiento mediante el WTCHP.*

- Sí
- No
- No corresponde. No tengo una afección de salud relacionada con el 9/11 que esté certificada por el WTCHP.

**32. ¿Estuvo sin seguro médico en algún momento desde que comenzó la pandemia del COVID-19?**

- Sí  
 No → *Pase a la pregunta 34*

**33. ¿Cuánto tiempo estuvo sin seguro médico desde que comenzó la pandemia del COVID-19?**

semanas          meses

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

## REGISTRO DE SALUD DEL WORLD TRADE CENTER

**34. Desde el inicio de la pandemia del COVID-19, ¿algún proveedor de atención de salud le ha diagnosticado con alguna de las siguientes afecciones de salud mental? Seleccione todas las opciones que correspondan. No incluya las afecciones de salud mental diagnosticadas que tuvo antes de la pandemia del COVID-19.**

- Depresión
- Trastorno por estrés postraumático (PTSD, por sus siglas en inglés)
- Trastorno de ansiedad que no sea el PTSD
- Problemas con el consumo de alcohol o drogas
- Otros problemas de salud mental, inclusive los problemas con sus nervios o emociones
- No me han diagnosticado una afección de salud mental desde que comenzó la pandemia del COVID-19

**35. A continuación se incluye una lista de los problemas que las personas a veces tienen en respuesta a experiencias estresantes como la pandemia del COVID-19. En los últimos 30 días, ¿en qué medida le molestaron:**

	Para nada	Un poco	Moderadamente	Bastante	Extremadamente
a. los recuerdos repetidos, perturbadores y no deseados de sus experiencias relacionadas con la pandemia del COVID-19?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. sentirse muy afectado cuando le recordaron sus experiencias relacionadas con la pandemia del COVID-19?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. evitar recuerdos, pensamientos o sentimientos de sus experiencias relacionadas con la pandemia del COVID-19?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. evitar recordatorios externos de sus experiencias relacionadas con la pandemia del COVID-19 (por ejemplo, personas, lugares, conversaciones, actividades, objetos o situaciones)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e. tener fuertes creencias negativas sobre usted mismo, otras personas o el mundo (por ejemplo, tener pensamientos como: soy malo/a, hay algo gravemente incorrecto conmigo, en nadie se puede confiar, el mundo es completamente peligroso)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f. la pérdida de interés en las actividades que solía disfrutar?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
g. sentirse nervioso/a o sobresaltado/a con facilidad?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
h. con dificultad para concentrarse?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

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

## ENCUESTA DE SEGUIMIENTO SOBRE EL COVID-19

**36. Durante los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia se sintió:**

	En ningún momento	Muy pocas veces	Algunas veces	La mayor parte del tiempo	Todo el tiempo
a. tan triste que nada lograba animarle?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. nervioso/a?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. inquieto/a o intranquilo/a?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. desesperanzado/a?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e. que todo era un esfuerzo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f. insignificante?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**37. ¿Con qué frecuencia hay alguien disponible:**

	En ningún momento	Muy pocas veces	Algunas veces	La mayor parte del tiempo	Todo el tiempo
a. para llevarle al médico si necesita ir?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. para pasar un buen momento?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. para abrazarle?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. para preparar sus comidas si no puede hacerlo usted mismo/a?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e. para comprender sus problemas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**38. 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 rechazado/a.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

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

## REGISTRO DE SALUD DEL WORLD TRADE CENTER

Las preguntas 39 a 41 indagan sobre temas sensibles y pueden generar incomodidad en algunas personas. Si una pregunta le molesta, no tiene que responderla. Recuerde que todas las respuestas son confidenciales.

39. Desde **enero de 2020**, ¿ha sufrido la muerte de alguna persona cercana?

- Sí  
 No → *Pase a la pregunta 42*

Las preguntas 40 y 41 nos ayudarán a comprender cómo afronta el duelo. Si ha sufrido la muerte de más de una persona cercana, piense en la pérdida que más le haya afectado.

40. ¿Cuándo ocurrió?

- Hace menos de seis meses → *Pase a la pregunta 42*  
 Entre seis y 12 meses  
 Hace más de 12 meses

41. Piense en la pérdida que más lo ha afectado:

	No, para nada	Sí, un poco	Sí, mucho
a. ¿Le cuesta aceptar la muerte de su ser querido?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. ¿Su duelo interfiere con su vida en este momento?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. ¿Se siente aislado/a o distante de otras personas desde que su ser querido falleció, inclusive de personas con las que solía estar cerca, como familiares o amigos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. ¿Tiene pensamientos sobre la muerte de su ser querido que realmente le perturban?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e. ¿Hay alguna cosa que solía hacer cuando su ser querido estaba vivo que ya no le resulta cómoda o que evita hacer? <i>Esto puede incluir no hacer cosas que solía disfrutar junto con ese ser querido o evitar hablar de esas cosas.</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

***Este espacio se dejó en blanco de forma intencional.  
Pase a la pregunta 42 en la página siguiente.***

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



## ENCUESTA DE SEGUIMIENTO SOBRE EL COVID-19

42. Durante los últimos 30 días, ¿cuántas horas de sueño real dormía la mayoría de las noches?

- Menos de cuatro horas
- Cuatro horas
- Cinco horas
- Seis horas
- Siete horas
- Ocho horas
- Nueve horas
- 10 horas
- 11 horas o más

43. Durante los últimos 30 días, ¿cómo calificaría su calidad del sueño en general?

- Muy buena
- Bastante buena
- Bastante mala
- Muy mala

44. En los últimos 30 días, ¿con cuánta frecuencia se sintió excesivamente o demasiado somnoliento durante el día?

- Nunca
- Rara vez (una vez al mes)
- A veces (entre dos y cuatro veces al mes)
- A menudo (cinco a 15 veces al mes)
- Casi siempre (entre 16 a 30 veces al mes)

45. En los últimos 30 días, ¿con cuánta frecuencia tomó algún medicamento para ayudarlo a dormirse o quedarse dormido/a? *Incluya los medicamentos recetados y de venta libre.*

- Nunca
- Algunos días
- La mayoría de los días
- Todos los días

46. Durante los últimos 12 meses, ¿ha experimentado confusión o pérdida de memoria, aparte de olvidar ocasionalmente el nombre de alguien que conoció recientemente?

- Sí
- No → *Pase a la pregunta 50*

47. Durante los últimos 12 meses, ¿su confusión o pérdida de memoria ha ocurrido con mayor frecuencia o se ha empeorado?

- Sí
- No

48. Durante los últimos 12 meses, como resultado de confusión o pérdida de memoria, ¿con cuánta frecuencia ha abandonado las actividades o tareas domésticas que solía hacer, como cocinar, limpiar, tomar medicamentos, conducir o pagar facturas?

- Siempre
- Usualmente
- A veces
- Pocas veces
- Nunca

49. ¿Usted o alguien más discutieron su confusión o pérdida de memoria con un profesional de la salud?

- Sí
- No

*Este espacio se dejó en blanco de forma intencional.  
Pase a la pregunta 50 en la página siguiente.*

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

50. Desde el inicio de la pandemia del COVID-19, ¿alguna vez fue empleado/a o trabajador/a independiente?

- Sí  
 No → Pase a la pregunta 58

51. ¿En qué tipo de entornos ha trabajado desde el inicio de la pandemia del COVID-19? *Seleccione todas las opciones que correspondan.*

- En mi casa
- En un entorno médico (hospital, clínica, consultorio médico, centro de atención de urgencia, hogar de ancianos, laboratorio, etc.)
- En un edificio de oficinas o departamentos
- En un hogar o en hogares privados (enfermero/a, niño/a, personal doméstico, etc.)
- En un entorno con interacción habitual con clientes (servicio de entregas, transporte, venta minorista, servicio de alimentos, restaurante, hotel, farmacia, etc.)
- Transporte público o privado (tren, autobús, taxi, limusina, traslado compartido, etc.)
- En la comunidad como socorrista (policía, personal de emergencias médicas, bombero/a, Guardia Nacional, etc.)
- En un depósito o fábrica
- En una escuela o centro de atención de salud
- En un entorno institucional (centro penitenciario, prisión, refugio, etc.)
- Al aire libre (jardinería, agricultura, pesca o caza, construcción, trabajo de carretera, operador de grúas, etc.)
- Otro (especifique):

52. Desde el inicio de la pandemia del COVID-19, ¿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 → Pase a la pregunta 56

53. Desde el inicio de la pandemia del COVID-19, ¿durante cuánto tiempo ha trabajado o trabajó en un papel esencial?

meses

54. En los días que ha trabajado desde el inicio de la pandemia del COVID-19, ¿con qué frecuencia su trabajo le ha exigido tener contacto cara a cara con otras personas en un ambiente cerrado? *Si tuvo más de un trabajo, responda esta pregunta para el trabajo que trabajó durante el mayor periodo o considere su trabajo principal.*

- En ningún momento
- Algunas veces
- La mayor parte del tiempo
- Todo el tiempo

55. ¿Con qué frecuencia es capaz de mantener una distancia de seis pies de los demás en su lugar de trabajo? *Si tuvo más de un trabajo, responda esta pregunta para el trabajo que trabajó durante el mayor periodo o considere su trabajo principal.*

- En ningún momento
- Algunas veces
- La mayor parte del tiempo
- Todo el tiempo

56. ¿Actualmente está haciendo el mismo trabajo que hacía en el momento en que comenzó la pandemia del COVID-19?

- Sí → Pase a la pregunta 58  
 No

57. ¿Cuáles son los motivos por los que no trabaja en el mismo trabajo? *Seleccione todas las opciones que correspondan.*

- Me retiré
- Me despidieron, suspendieron o pusieron en licencia temporal no remunerada o remunerada por mi empleador
- Ya no podía hacer mi trabajo o llevar adelante mi negocio debido a restricciones asociadas con la pandemia del COVID-19
- Mi empleador dejó de operar o cerró temporalmente debido a la pandemia del COVID-19
- Dejé de trabajar porque estoy en alto riesgo de presentar complicaciones asociadas con el COVID-19
- Me preocupaba contagiarme o propagar el COVID-19
- Me estaba recuperando del COVID-19 o de cuidar a alguien que tenía COVID-19
- Otros motivos no relacionados con el COVID-19
- Otros motivos relacionados con el COVID-19 (especifique):

## ENCUESTA DE SEGUIMIENTO SOBRE EL COVID-19

**58. ¿Su familia experimentó alguna de las siguientes dificultades financieras debido a la pandemia del 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

**59. ¿Cómo se compara ahora el patrimonio de su familia con el patrimonio de su familia antes del inicio de la pandemia del COVID-19? 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 hubo cambios
- Mi patrimonio familiar disminuyó
- Mi patrimonio familiar aumentó

**60. Indique qué tan de acuerdo o en desacuerdo está con cada una de las siguientes declaraciones:**

	Completamente en desacuerdo	En desacuerdo	Neutral	De acuerdo	Completamente de acuerdo
a. Tiendo a recuperarme rápidamente después de momentos difíciles.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. Me cuesta atravesar eventos estresantes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. No me toma mucho tiempo recuperarme de un evento estresante.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. Es difícil recuperarme cuando algo malo sucede.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e. Por lo general, atravieso los momentos difíciles casi sin problemas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f. Tiendo a tomarme un largo tiempo para superar los contratiempos en mi vida.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

***Este espacio se dejó en blanco de forma intencional.  
Pase a la pregunta 61 en la página siguiente.***

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

## REGISTRO DE SALUD DEL WORLD TRADE CENTER

**61. Como resultado de la pandemia del COVID-19, experimenté este cambio:**

	Nunca	En muy pequeña medida	En pequeña medida	En medida moderada	En gran medida	En una medida enorme
a. Cambié mis prioridades sobre lo que es importante en la vida.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. Tengo una mayor apreciación por el valor de mi propia vida.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. Puedo hacer mejores cosas con mi vida.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. Tengo una mejor comprensión de los asuntos espirituales.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e. Tengo una mayor sensación de cercanía con los demás.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f. Establecí un nuevo camino para mi vida.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
g. Sé mejor que puedo manejar las dificultades.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
h. Tengo una fe religiosa más fuerte.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
i. Descubrí que soy más fuerte de lo que pensé que era.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
j. He aprendido mucho sobre lo maravillosos que son las personas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**62. ¿Cuáles son los últimos cuatro dígitos de su número de Seguro Social (Social Security Number)?**

*Se solicita la siguiente información para ayudar a confirmar que esta encuesta fue completada por el 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.*

--	--	--	--

**63. ¿Tiene algún comentario adicional sobre su experiencia de la pandemia del COVID-19?**

---



---



---



---

**Este es el final de la encuesta. Gracias por completar la Encuesta de seguimiento sobre el COVID-19.**

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.**

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