REGISTRO DE SALUD DEL WORLD TRADE ENCUESTA SOBRE COVID-19 DE 2021

		- 1
		- 1
		- 1
		- 1
		- 1
		- 1
		- 1

INS ₁	ГОІ	10	cic	N	EQ
IIVOI	ותנ	ソレリ	UIL	JIN	ᆮᇰ

•	Rellene los círculos com	pletamente con un bolíg	grafo de tinta negra o azul.
---	--------------------------	-------------------------	------------------------------

Ejemplo:

Ejemplo:

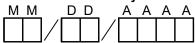


• Escriba las respuestas en letra mayúscula.

J A 1 2

Esta encuesta contiene preguntas que ayudarán al Registro a comprender de qué forma la pandemia de COVID-19 (o coronavirus) 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:



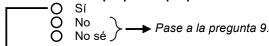
2. ¿Cuál es su fecha de nacimiento?



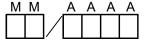
3. ¿Qué sexo se le asignó al nacer?

- O Femenino
- O Masculino
- O Ni masculino ni femenino

4. Desde que comenzó la pandemia de COVID-19 (marzo de 2020), ¿en algún momento tuvo alguna enfermedad que pensó que podía ser COVID-19?



¿En qué mes y año tuvo una enfermedad que pensó que podía ser COVID-19?



6. Mientras tuvo la enfermedad que pensó que podía ser COVID-19, ¿tuvo los siguientes síntomas? Seleccione todas las opciones que correspondan.

- O Tos
- O Dificultad para respirar en reposo
- O Dificultad para respirar con esfuerzo
- O Sibilancias
- Pérdida del gusto u olfato
- O Dolor de garganta
- O Fiebre (o sentirse afiebrado/a)/sudor/escalofríos
- O Dolor muscular o articular
- O Dolor/molestia/opresión en el pecho
- O Fatiga
- O Dolor de cabeza
- O Náuseas/vómito/diarrea/dolor de estómago
- O Otro (especifique):

7. Mientras estuvo enfermo/a, ¿buscó atención de un/a profesional de la salud?

$\overline{}$	Sí
	No → Pase a la pregunta 9.

8. ¿Dónde buscó atención médica? Seleccione todas las opciones que correspondan.

- O Consultorio de su proveedor de atención primaria u otro consultorio médico
- O Llamada telefónica al consultorio de un médico
- O Telemedicina, como una videollamada con un proveedor de atención médica
- O Clínica minorista o farmacia
- Atención de urgencias, como CityMD
- O Sala de emergencias
- O Hospital, no en la sala de emergencias
- Algún otro lugar (especifique):

9. ¿Alguna vez se le ha realizado la prueba de detección del virus de la COVID-19 a través de su saliva, un hisopado nasal o un hisopado de garganta? Esta prueba no es la prueba de anticuerpos (análisis de sangre).

ı	$\overline{}$	Sí	
		No Pase a la pregunta 1	1
	0	No sé	'

10. ¿Alguna vez obtuvo un resultado positivo en una prueba de detección del virus de la COVID-19?

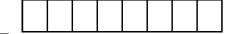
- O Sí O No
- O No sé

11. Hay una prueba para detectar anticuerpos contra el virus que causa COVID-19. La prueba generalmente se realiza con una muestra de sangre. ¿Alguna vez le hicieron la prueba de anticuerpos para COVID-19?

$\overline{}$	Sí
	No sé → Pase a la pregunta 13

12. ¿Cuál fue el resultado de la prueba para detectar anticuerpos contra el virus de la COVID-19?

- O Positivo o detectado
- O Negativo o no detectado
- Indeterminado o equívoco (La prueba no pudo determinar si tenía anticuerpos contra la COVID-19)
- O No sé



13. ¿Cuánto tiempo estuvo enfermo/a con COVID-19? O Nunca → Pase a la pregunta 16 O Menos de 1 semana O Al menos 1 semana, pero menos de 2 semanas O Al menos 2 semanas, pero menos de 4 semanas O Al menos 4 semanas, pero menos de 8 semanas O Más de 8 semanas 14. ¿Cuánto tiempo estuvo hospitalizado/a por la COVID-19? O Nunca → Pase a la pregunta 16 O Menos de 24 horas O Más de 24 horas, pero menos de 1 semana O Al menos 1 semana, pero menos de 2 semanas O Al menos 2 semanas, pero menos de 4 semanas O Al menos 4 semanas, pero menos de 8 semanas O Más de 8 semanas	Responda las preguntas 19 y 20 en función del lugar en el que pasó la mayor parte del tiempo durante el pico de la pandemia de COVID-19 en su area. 19. ¿Cuántas habitaciones separadas tiene esa casa, departamento o casa rodante? Las habitaciones deben estar separadas por arcadas integradas o paredes que se extiendan por al menos 6 pulgadas y vayan del piso al techo. Incluya dormitorios y cocinas, pero no baños, porches, balcones, recibidores, vestíbulos ni sótanos sin terminar. habitaciones habitaciones son dormitorios? Cuente como dormitorios las habitaciones de la casa, el departamento o la casa rodante que contaría si estuviera a la venta o para alquilar. Si es un monoambiente/loft, escriba "0".
15. Mientras estuvo hospitalizado/a por la COVID-19: (Seleccione todas las opciones que correspondan.) O Estuvo en una unidad de cuidados	dormitorios
intensivos (UCI). O Estuvo intubado/a. O Se le sometió a diálisis renal. O Ninguna de las anteriores.	21. Con usted incluido, ¿cuántas personas vivían en su hogar durante el pico de la pandemia de COVID-19 en su area?
16. Además de usted, ¿alguna otra persona con la que conviva se infectó con COVID-19 o tuvo la sospecha de haberse infectado con COVID-19? O Sí O No O No sé	22. ¿Sentía que estaba demasiado lleno? ¿Que eran demasiadas personas para el tamaño del espacio? O Sí O No
17. Además de usted, ¿alguna otra persona con la que conviva fue hospitalizado/a por COVID-19? O Sí O No	23. ¿Cuántos niños/as o adolescentes menores de 18 años viven en su hogar? niños/as
18. Durante la pandemia, ¿perdió algún colega, amigo, ser querido o familiar por COVID-19? O Sí O No	24. ¿Cuántos adultos que viven en su hogar necesitan cuidado debido a una discapacidad o a afecciones no relacionadas con la COVID-19?
	25. En algún punto entre marzo de 2020 y la actualidad, ¿alguno de sus familiares o seres queridos estuvo viviendo en un hogar geriátrico, centro de rehabilitación u otro centro de atención a largo plazo? O Sí O No

REGISTRO DE SALUD DEL WORLD TRADE CENTER

26. A continuación se incluye una lista de maneras de protegerse y proteger a los demás de una posible exposición a la COVID-19. ¿Con qué frecuencia ha practicado las siguientes medidas desde marzo de 2020?

	a la covis io. ¿con que mecaencia na prae	Nunca	Pocas veces	A veces	Usualmente	Siempre
a.	Se lavó las manos con agua y jabón por al menos 20 segundos o se aplicó desinfectante de manos.	0	0	0	0	0
b.	Evitó tocarse los ojos, la nariz y la boca antes de lavarse las manos.	0	0	0	0	0
C.	Evitó el contacto cercano con personas enfermas, incluidas las personas con las que convive.	0	0	0	0	0
d.	Mantuvo una distancia mínima de 6 pies de otras personas al salir de su casa	0	0	0	0	0
e.	Se cubrió la nariz y la boca con una mascarilla o una cobertura facial de tela al estar con otras personas.	0	0	0	0	0
f.	Lavó y desinfectó superficies de alto contacto.	0	0	0	0	0

27. Las siguientes preguntas son sobre preocupaciones que puede haber tenido durante la pandemia de COVID-19. Para responder estas preguntas, piense sobre el momento de la pandemia que fue más difícil para usted. Durante ese momento, ¿cuánto le preocupaba...

		No me preocupaba	Me preocupaba un poco	Me preocupaba bastante	Me preocupaba muchísimo
a.	que usted pudiera contagiarse de COVID-19?	0	0	0	0
b.	que usted infectara a otra persona con COVID-19?	0	0	0	0
C.	que alguien en su familia o un amigo cercano pudiera desarrollar una forma grave de COVID-19?	0	0	0	0
d.	que la atención de salud adecuada no estuviera disponible si usted o su familia se enfermaban de COVID-19?	0	0	0	0
e.	que usted o su familia no pudieran pagar el tratamiento o las pruebas de COVID-19?	0	0	0	0
f.	que usted o su familia no pudieran recibir atención de salud por otro problema médico (que no fuera COVID-19)?	0	0	0	0
g.	que sus familiares u otras personas cercanas a usted no pudieran lidiar con el aislamiento/la soledad?	0	0	0	0
h.	que usted no pudiera cuidar a familiares que necesitaran su ayuda?	0	0	0	0
i.	que usted pudiera perder sus ingresos por el cierre de su lugar de trabajo o que su horario se redujera a causa de la pandemia de COVID-19?	0	0	0	0
j.	que usted o su familia pudieran sufrir una pérdida económica significativa debido a la pandemia de COVID-19?	0	0	0	0

28. ¿Tenía seguro médico antes de que comenzara la pandemia de COVID-19 (marzo de 2020)?	34. Hay muchas razones por las que las personas no pueden recibir atención médica durante la
O Sí	pandemia de COVID-19. ¿Fue debido a alguna
Ŏ No	de las siguientes razones que usted no recibió
	atención médica? Seleccione todas las opciones
	que correspondan.
29. ¿Estuvo sin seguro médico en algún momento desde que comenzó la pandemia de COVID-19	O No pudo programar una consulta con la anticipación necesaria.
(marzo de 2020)?	O Tenía miedo de asistir a la clínica/al
(a.25 do 2525):	consultorio del médico.
O No → Pase a la pregunta 31.	O La clínica/el consultorio del médico no
	estaban abiertos.
▼ 30. ¿Durante cuánto tiempo estuvo sin seguro médico?	O Su proveedor de salud le recomendó que pospusiera recibir atención médica.
	O No pudo asistir a la clínica/al consultorio
semanas O meses	del médico (por problemas de transporte).
	O No pudo comunicarse con la clínica/el
31. Desde que comenzó la pandemia de COVID-19	consultorio de su médico.
(marzo de 2020), ¿necesitó atención médica no	O No supo dónde recibir atención médica/tratamiento o hacerse una prueba
relacionada con la COVID-19?	de detección.
O Sí	O No tuvo tiempo o llevaba demasiado
O No → Pase a la pregunta 35.	tiempo hacerlo.
1	O No podía pagarlo.
32. ¿Recibió la atención médica que necesitaba?	O No tenía seguro o el servicio no estaba cubierto por su seguro médico.
O Sí → Pase a la pregunta 35.	O No hablaba el mismo idioma que el/la
O No	médico/a, el/la enfermero/a o el/la
↓	recepcionista.
33. ¿Qué tipo de atención médica necesitaba y no recibió?	O No tuvo tiempo para ir a causa del trabajo. O Se le negó la atención.
Seleccione todas las opciones que correspondan.	O No pudo conseguir personal de cuidado
O Procedimiento de diagnóstico	infantil o ayuda en el cuidado de un familiar.
O Atención por una afección crónica O Visita a un médico especialista	O Otra razón (especifique):
O Medicamento con receta médica	
O Atención para aliviar un dolor	
O Atención por una afección de salud mental	35. En comparación con antes del comienzo de la
O Otro tipo de atención (especifique):	pandemia de COVID-19 (antes de marzo de 2020),
	¿diría que su salud física se encuentra ahora
	mejor, peor o igual? O Mejor
	O Peor
	O Igual
	36. En comparación con antes de la pandemia de
	COVID-19 (antes de marzo de 2020), ¿diría que su salud mental o emocional se encuentra ahora
	mejor, peor o igual?
	O Mejor
	O Peor
	O Igual
Este espacio se dejó en bla	anco de forma intencional
Pase a la pregunta 37 e	
,	

REGISTRO DE SALUD DEL WORLD TRADE CENTER

37. Muchas personas experimentaron cambios en las emociones y el comportamiento durante la pandemia de COVID-19. En comparación con cómo se sentía antes del comienzo de la pandemia (antes de marzo de 2020), ¿con qué frecuencia notó lo siguiente?

	Bastante más de lo usual	Un poco más de lo usual	Con la misma frecuencia	Un poco menos de lo usual	Bastante menos de lo usual
a. Sensación de nervios o ansiedad	0	0	0	0	0
b. No poder dejar de preocuparse	0	0	0	0	0
c. Sensación de tristeza	0	0	0	0	0
d. Sensación de enojo o irritabilidad	0	0	0	0	0
e. Experimentar falta de motivación	0	0	0	0	0
f. Sensación de soledad	0	0	0	0	0
g. Sensación de desesperanza	0	0	0	0	0

38. Indique en qué medida está de acuerdo o en desacuerdo con las siguientes afirmaciones. Desde el comienzo de la pandemia de COVID-19 (marzo de 2020):

	pandonna do GOVID 10 (marzo do 2020)	Completamente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Completamente de acuerdo
a.	Me resultó difícil comunicarme con personas fuera de mi hogar.	0	0	0	0	0
b.	Encontré nuevas maneras de conectarme con mi familia y mis amigos.	0	0	0	0	0
C.	Recibí asistencia emocional de mi familia o mis amigos cuando la necesité.	0	0	0	0	0
d.	Atravesé más conflictos en el trabajo o con mi familia, mis amigos u otras personas en mi vida.	0	0	0	0	0
e.	Pude encontrar información confiable y precisa sobre la COVID-19 a partir de fuentes nuevas o funcionarios gubernamentales.	0	0	0	0	0

39. 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.	0	0	0
b. Hay muchas personas en las que puedo confiar si tengo un problema.	0	0	0
c. Hay muchas personas en las que puedo confiar plenamente.	0	0	0
d. Cuento con suficientes personas con las que me siento cercano/a.	0	0	0
e. Extraño estar con otras personas.	0	0	0
f. A menudo me siento rechazada/o.	0	0	0

I I			

40.	¿Cuál de las siguientes opciones describe su estado laboral antes de que comenzara la pandemia de COVID-19 en marzo de 2020? Seleccione todas las opciones que correspondan. O Empleado/a a tiempo completo O Empleado/a a tiempo parcial O Trabajador/a independiente O Jubilado/a O De licencia por maternidad/paternidad O Buscando empleo O Desempleado/a O Incapacitado/a para trabajar por problemas de salud O Amo/a de casa O Estudiante	 45. ¿Se jubiló como resultado directo de la pandemia de COVID-19 por motivos económicos, de salud u otros motivos? O Sí O No 46. ¿Su familia experimentó alguna de las siguientes dificultades financieras debido a la pandemia de COVID-19? Seleccione todas las opciones que correspondan. O No poder pagar el alquiler o la hipoteca. O No poder pagar sus facturas de gas, combustible o electricidad. O No poder pagar sus facturas de teléfono
41.	¿En qué lugar trabajaba cuando la pandemia de COVID-19 alcanzó su pico en su area? Seleccione todas las opciones que correspondan. O En mi casa O En un entorno médico (hospital, clínica, consultorio médico, centro de atención	(incluido el teléfono celular) o internet. O No poder pagar alimentos por falta de dinero. O Solicitud de mudanza o amenaza de desalojo o ejecución hipotecaria. O Estar sin vivienda. O Ninguna de las anteriores.
	de urgencia, etc.) En un edificio de oficinas o departamentos En un hogar o en hogares privados (como niñero/a, personal doméstico, etc.) En un entorno con interacción habitual con clientes (servicio de entregas, transporte, venta minorista, servicio de alimentos, restaurante, etc.) En la comunidad como socorrista (policía, personal de emergencias médicas, bombero/a, Guardia Nacional, etc.) En un depósito o fábrica. Al aire libre (en jardinería, construcción,	47. Desde la pandemia de COVID-19, ¿ha habido algún cambio en su patrimonio familiar? 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). O No, no hubo cambios. O Sí, mi patrimonio familiar disminuyó. O Sí, mi patrimonio familiar aumentó.
	obras viales, etc.) O Otro (especifique): No trabajé durante este periodo.	
42.	Cuando la pandemia de COVID-19 alcanzó su pico en su área, ¿usted continuó trabajando fuera de su casa en un servicio esencial (p. ej., como proveedor de atención de salud, socorrista, venta minorista esencial)? O Sí O No	Este espacio se dejó en blanco de forma intencional. Pase a la pregunta 48 en la página siguiente.
Ţ	¿Fue despedido/a de su trabajo o se le ha reducido la carga horaria debido a la COVID-19? Si tuvo más de un empleo, piense en el empleo que representa su principal fuente de ingresos. ○ Sí ○ No → Pase a la pregunta 45. ¿Durante cuánto tiempo estuvo o ha estado sin trabajo o trabajando con horario reducido? semanas O meses	

REGISTRO DE SALUD DEL WORLD TRADE CENTER

Para cada uno de los siguientes comporten cada fila.	tamientos, indique Sí o No. Si indi	ca SÍ, responda la pregunta adicional
on odda mar		_ , , , , , , , , , , ,

	Hacía esto ante de la pandemia ((antes de marzo	de COVID-19	Después del comienzo de la pandemia ¿lo hacía más o menos que lo habitual debido a la COVID-19?		
	No	Sí	Menos de lo habitual	lgual	Más de lo habitual
a. Fumar cigarrillos o vapear	0	\circ	0	0	0
b. Consumir bebidas alcohólicas	0	\circ	0	0	0
c. Consumir cannabis (marihuana), ya sea en forma recreativa o por motivos médicos	0	\circ	0	0	0
d. Consumir analgésicos como OxyContin, Vicodin, Percocet, morfina o metadona, con o sin receta médica	0	\circ	0	0	0
e. Consumir benzodiacepinas como Xanax, Valium, Klonopin o Ativan, con o sin receta médica	0	$\circ \rightarrow$	0	0	0
f. Consumir Ambient u otro medicamento para dormir, con o sin receta médica	0	$\circ \rightarrow$	0	0	0
g. Consumir drogas como cocaína, heroína, metanfetamina o alucinógenos	0	\circ	0	0	0

49.	¿Cambiaron sus hábitos de actividad física
	después del comienzo de la pandemia de COVID-
	19 en marzo de 2020?

- Sí, hice más actividad física
- Sí, hice menos actividad física
- No cambiaron

- 50. ¿Cambiaron sus hábitos de alimentación después del comienzo de la pandemia de COVID-19 en marzo de 2020?
 - Sí, comí más
 - 00 Sí, comí menos
 - No cambiaron

51. En promedio, ¿cuántas horas dormía la mayoría de las noches...

	Can	tidad	de h	oras
a. antes del comienzo de la pandemia (antes de marzo de 2020)?				
b. en el pico de la pandemia en su area?				
c. en los últimos 30 días?				

52. ¿Cómo calificaría su calidad del sueño en general...

	Muy mala	Bastante mala	Bastante buena	Muy buena
a. antes del comienzo de la pandemia (antes de marzo de 2020)?	0	0	0	0
b. en el pico de la pandemia en su area?	0	0	0	0
c. en los últimos 30 días?	0	0	0	0

53. Las siguientes preguntas son sobre la discriminación que puede haber experimentado en relación con la COVID-19 desde marzo de 2020.

		No	Sí
а	. ¿Alguien le ha acosado o insultado en relación con la COVID-19?	0	0
b	. ¿Alguien le ha atacado físicamente en relación con la COVID-19?	0	0
С	¿Alguien le ha confrontado acerca de su conexión con países o comunidades con casos reportados de COVID-19?	0	0
d	. ¿Se le ha negado la prueba de COVID-19 o se le ha disuadido para que no se haga la prueba ni reciba tratamiento de parte de un centro médico cuando buscaba atención por COVID-19?	0	0
е	. ¿Ha experimentado discriminación, se le ha impedido hacer algo, o ha sido molestado/a o se le ha hecho sentir inferior mientras recibió atención médica por COVID-19?	0	0
f.	¿Ha decidido no buscar atención médica para la COVID-19 para prevenir que le discriminen?	0	0

l			
l			

	le impidieron hacer a		Si la respuesta es SÍ, ¿cuántas veces ocurrió?			
	No	Sí	Una vez	Dos o tres veces	Cuatro o más veces	
a. En la escuela	0	$\circ \rightarrow$	0	0	0	
o. Al ser contratado o al buscar empleo	0	$\circ \rightarrow$	0	0	0	
. En el trabajo	0	$\circ \rightarrow$	0	0	0	
l. Al buscar una vivienda	0	○ →	0	0	0	
. Al buscar atención médica	0	$\circ \rightarrow$	0	0	0	
Al recibir servicios en una tienda o un restaurante	0	$\circ \rightarrow$	0	0	0	
. Al solicitar créditos, préstamos bancarios o una hipoteca	0	○ →	0	0	0	
. En la calle o un espacio público	0	$\circ \rightarrow$	0	0	0	
De parte de la policía o en un tribunal	0	0 →	0	0	0	
rito/a a quien se la envió. Se ma información por teléfono, lláme	ntendrá la confidenci nos al 866-692-9827.	alidad estricta de esta				
solicita la siguiente información perito/a a quien se la envió. Se ma a información por teléfono, lláme 56. ¿Cuáles son los últimos 4 dí	ntendrá la confidenci nos al 866-692-9827.	alidad estricta de esta				
crito/a a quien se la envió. Se ma a información por teléfono, lláme	ntendrá la confidenci nos al 866-692-9827. gitos de su número d	alidad estricta de esta e Seguro Social?	a información	. Si quisiera pro	oporcionar	