

Diagnóstico Comunitario 022021

1. Introducción

Al responder a la primera pregunta, estoy dando consentimiento de participación en ésta encuesta.

Sus respuestas nos ayudarán a entender mejor lo que está experimentando durante esta pandemia y así, poder buscar ayuda para sus necesidades y las de nuestra comunidad. Su participación ES COMPLETAMENTE VOLUNTARIA Y CONFIDENCIAL. No es necesario que responda a todas las preguntas, pero nos ayuda que responda las más que pueda.

La información recaudada se usará como un colectivo. NO se compartirá su nombre ni su información individual con nadie sin su consentimiento previo. La información recaudada servirá para informar a diferentes socios y colaboradores en NYC u otras personas, que podrán apoyarnos en el desarrollo e implementación de programas de apoyo para su comunidad. Es posible que la información recaudada también se use en informes académicos o ensayos de investigación.

SUS RESPUESTAS INDIVIDUALES NO SERÁN COMPARTIDAS SIN SU PERMISO.

Si lo indica e incluye su número celular, le llamaremos para hablar sobre cómo podemos apoyarle individualmente. Solo personal asignado por la Coalición Mexicana le llamará y nadie más.

Si tiene alguna pregunta o duda con respecto a ésta encuesta no dude en llamar al Presidente de la Coalición Mexicana: Jairo Guzmán al: 646-591-5249 (número celular).

Gracias por su participación.

* 1. ¿Cuál es su fecha de nacimiento?

Mes / Día / Año

Fecha

* 2. ¿Qué sexo le asignaron al nacer?

Hombre

Mujer

Intersexual

* 3. ¿Cuál es su estado civil?

Casado (a)

Viudo (a)

Divorciado (a)

Separado (a)

Soltero (a) (Nunca Casado (a))

Viviendo con una pareja

* 4. Código Postal

* 5. ¿Cuál es su país de origen?

USA

Mexico

Nicaragua

Republica Dominicana

Otro (Por favor, especifique)

Ecuador

Guatemala

Panama

El Savador

Peru

Honduras

Colombia

Cuba

* 6. ¿En que año vino a los EE.UU?

* 7. ¿Qué idioma habla en casa?

Ingles

Español

Nahuatl

Otro (Por favor, especifique)

Mixteco

Tlapaneco

Mam

K'iche'

Garifuna

Otomi

* 8. ¿Piensa volver a su país?

Sí

No

Aun no lo se

* 9. ¿Cual es su ingreso mensual (incluyendo asistencia publica/ SSI / SS)?

* 10. Durante el año pasado. ¿Cuál fue el ingreso total combinado de usted y los miembros de la familia con los que vivió? (en dólares)

* 11. ¿Qué grado escolar tiene?

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="radio"/> No fui a la escuela | <input type="radio"/> Secundaria incompleta, | <input type="radio"/> Universidad incompleta |
| <input type="radio"/> Primaria | <input type="radio"/> Preparatoria | <input type="radio"/> Posgrado |
| <input type="radio"/> Primaria incompleta, | <input type="radio"/> Preparatoria incompleta | |
| <input type="radio"/> Secundaria | <input type="radio"/> Universidad | |

* 12. En mi hogar viven personas con (llene todos los que aplique)

- | | | |
|--|-------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ciudadanía | <input type="checkbox"/> DACA | <input type="checkbox"/> No estatus |
| <input type="checkbox"/> Residencia (green card) | <input type="checkbox"/> TPS | |
| <input type="checkbox"/> Asilo | <input type="checkbox"/> Visa | |

* 13. ¿Necesita asistencia legal en temas migratorios?

- Si No

Diagnóstico Comunitario 022021

2. Empleo

* 14. ¿Cuál es su situación actual de trabajo?

- | | |
|---|--|
| <input type="radio"/> Retirado/a | <input type="radio"/> Trabajo tiempo completo |
| <input type="radio"/> Recibo asistencia o estoy discapacitado/a | <input type="radio"/> Tengo mi propio trabajo |
| <input type="radio"/> Desempleado | <input type="radio"/> No lo sé / prefiero no responder |
| <input type="radio"/> Trabajo tiempo-parcial | |

* 15. Antes del Covid-19

¿Cómo describiría su situación laboral?

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="radio"/> Retirado / a | <input type="radio"/> Desempleado | <input type="radio"/> Trabajo tiempo completo |
| <input type="radio"/> Recibo asistencia | <input type="radio"/> Estudiante | <input type="radio"/> Tengo mi propio trabajo |
| <input type="radio"/> Discapacitado / a | <input type="radio"/> Trabajo tiempo-parcial | <input type="radio"/> Prefiero no responder |

3. Vivienda o Alojamiento

* 16. ¿Cuál de las siguientes respuestas describe mejor su domicilio?

- | | |
|---|--|
| <input type="radio"/> Casa / Condominio | <input type="radio"/> Centro de enfermería especializada |
| <input type="radio"/> Albergue | <input type="radio"/> Residencia primaria inconsistente |
| <input type="radio"/> Departamento | <input type="radio"/> NYCHA (Proyectos) |
| <input type="radio"/> Dormitorio | |

* 17. ¿Cuál es su alojamiento usual en la noche?

- | | |
|--|---|
| <input type="radio"/> Albergue | <input type="radio"/> Hotel o Motel |
| <input type="radio"/> Vivienda de transición, refugio seguro | <input type="radio"/> Casa/ Departamento |
| <input type="radio"/> Calle / campamento / carpa o tienda / Afuera | <input type="radio"/> Residencia universitaria |
| <input type="radio"/> Edificio abandonado | <input type="radio"/> Ninguno de los anteriores |
| <input type="radio"/> Vehículo (carro, VAN, RV, camper) | <input type="radio"/> Prefiero no responder |

* 18. ¿Le preocupa perder su vivienda?

- Si No Prefiero no responder

19. ¿Cuántos individuos de cada grupo etario viven con usted?

Escriba 0 (zero) si no hay ninguno en ese grupo de edad.

Edad 0-4	<input type="text"/>
Edad 5-10	<input type="text"/>
Edad 11-13	<input type="text"/>
Edad 14-17	<input type="text"/>
Edad 18-29	<input type="text"/>
Edad 30-39	<input type="text"/>
Edad 40-49	<input type="text"/>
Edad 50-59	<input type="text"/>
Edad 60-69	<input type="text"/>
Edad 70-79	<input type="text"/>
80 años o más	<input type="text"/>

* 20. ¿Cuántas familias comparten su hogar?

* 21. ¿Cuántas personas con discapacidad viven en su hogar?

* 22. ¿Si tiene niños en casa, acuden a una guardería o a un centro de cuidados infantiles?

Sí

No

No Aplica

* 23. Padece usted alguna enfermedad crónica ¿Cuál?

Enfermedad pulmonar crónica

Cáncer

Diabetes

Inmunocomprometido

Enfermedad cardiovascular o del corazón

Hipertensión

Enfermedad renal o hepática

No aplica

* 24. ¿Alguna persona en su casa, que no sea usted, tiene una enfermedad crónica (incluyendo enfermedad pulmonar crónica, diabetes, enfermedad cardiovascular, enfermedad renal o hepática) o está inmunocomprometido?

Sí

No

Diagnóstico Comunitario 022021

4. Salud Mental

Las siguientes preguntas se refieren a cómo se ha sentido en los últimos 30 días.

Durante los últimos 30 días, aproximadamente...

* 25. ¿Con qué frecuencia se sintió triste?

- Ninguna de las veces Algunas veces Todo el tiempo
- Un poco de tiempo La mayoría de las veces

* 26. ¿Con qué frecuencia se sintió alegre?

- Ninguna de las veces Algunas veces Todo el tiempo
- Un poco de tiempo La mayoría de las veces

27. ¿Algún profesional de salud mental le ha dicho que usted sufre de depresión o algún trastorno mental?

- Sí
- No

Las siguientes preguntas se refieren a cómo se ha sentido en los últimos 30 días.

Durante los últimos 30 días, aproximadamente...

* 28. ¿Con qué frecuencia se siente ansiosa/o?

- Ninguna de las veces La mayoría de las veces
- Algunas veces Todo el tiempo
- Un poco de tiempo

29. ¿Algún profesional de salud mental le ha dicho que usted sufre de ansiedad o algún trastorno mental?

- Sí No

* 30. ¿Quieres apoyo emocional para sus hijos?

- Sí No No aplica

Diagnóstico Comunitario 022021

5. Seguro Medico

* 31. ¿Cuál es su seguro médico principal?

- Ninguno / no asegurado Medicaid Prefiero no responder
 Seguro privado Medicare Otro

Conocimientos y actitudes frente al COVID-19

32.Cuál de los siguientes, usted piensa, que son síntomas del COVID-19 (Seleccione todas las que correspondan)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Dolor de garganta | <input type="checkbox"/> Vómito |
| <input type="checkbox"/> Fiebre | <input type="checkbox"/> Náusea |
| <input type="checkbox"/> Tos | <input type="checkbox"/> Diarrea |
| <input type="checkbox"/> Nariz Mocosa | <input type="checkbox"/> Dolor muscular |
| <input type="checkbox"/> Falta de aire al descansar | <input type="checkbox"/> Dolor articular |
| <input type="checkbox"/> Dificultad para respirar cuando se moviliza (como subir las escaleras) | <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza |
| <input type="checkbox"/> Escalofríos | <input type="checkbox"/> Convulsiones |
| <input type="checkbox"/> Fatiga | <input type="checkbox"/> Mareo |
| <input type="checkbox"/> Falta de energía generalizada o malestar | <input type="checkbox"/> Conciencia alterado/a o dificultad para mantenerse despierta |
| <input type="checkbox"/> Pérdida de apetito | <input type="checkbox"/> Pérdida de la capacidad para reconocer olores |
| <input type="checkbox"/> Incomodidad, presión en el pecho | <input type="checkbox"/> Pérdida de la capacidad de percibir sabores |

En su opinión, ¿qué tan efectivas son las siguientes acciones para mantenerse seguro frente al COVID-19?

* 33. Usar un cubrebocas

- Inefectivo Algo efectivo Muy efectivo
 Dificilmente efectivo Efectivo

* 34. Orar o rezar

- | | | |
|---|-------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="radio"/> Inefectivo | <input type="radio"/> Algo efectivo | <input type="radio"/> Muy efectivo |
| <input type="radio"/> Difícilmente efectivo | <input type="radio"/> Efectivo | |

* 35. Lavarse las manos con jabón o usar desinfectante de manos frecuentemente

- | | | |
|---|-------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="radio"/> Inefectivo | <input type="radio"/> Algo efectivo | <input type="radio"/> Muy efectivo |
| <input type="radio"/> Difícilmente efectivo | <input type="radio"/> Efectivo | |

36. Visitar un proveedor de salud si se siente enfermo

- | | | |
|---|-------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="radio"/> Inefectivo | <input type="radio"/> Algo efectivo | <input type="radio"/> Muy efectivo |
| <input type="radio"/> Difícilmente efectivo | <input type="radio"/> Efectivo | |

37. Visitar un proveedor de salud si se siente sano, pero se preocupa de haber sido expuesto

- | | | |
|---|-------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="radio"/> Inefectivo | <input type="radio"/> Algo efectivo | <input type="radio"/> Muy efectivo |
| <input type="radio"/> Difícilmente efectivo | <input type="radio"/> Efectivo | |

* 38. Evitar espacios públicos, reuniones y sitios conglomerados

- | | | |
|---|-------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="radio"/> Inefectivo | <input type="radio"/> Algo efectivo | <input type="radio"/> Muy efectivo |
| <input type="radio"/> Difícilmente efectivo | <input type="radio"/> Efectivo | |

39. Evitar el contacto con personas que pueden ser de alto riesgo

- | | | |
|---|-------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="radio"/> Inefectivo | <input type="radio"/> Algo efectivo | <input type="radio"/> Muy efectivo |
| <input type="radio"/> Difícilmente efectivo | <input type="radio"/> Efectivo | |

40. Evitar hospitales y clínicas

- | | | |
|---|-------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="radio"/> Inefectivo | <input type="radio"/> Algo efectivo | <input type="radio"/> Muy efectivo |
| <input type="radio"/> Difícilmente efectivo | <input type="radio"/> Efectivo | |

41. Evitar restaurantes, bars y el gimnasio

- | | | |
|---|-------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="radio"/> Inefectivo | <input type="radio"/> Algo efectivo | <input type="radio"/> Muy efectivo |
| <input type="radio"/> Difícilmente efectivo | <input type="radio"/> Efectivo | |

42. Evitar el transporte público

- | | | |
|---|-------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="radio"/> Inefectivo | <input type="radio"/> Algo efectivo | <input type="radio"/> Muy efectivo |
| <input type="radio"/> Difícilmente efectivo | <input type="radio"/> Efectivo | |

* 43. ¿Cuál de las siguientes fuentes ha sido su fuente de información sobre Covid-19?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> NYC Department of Health and Mental Hygiene | <input type="checkbox"/> Redes Sociales |
| <input type="checkbox"/> Hospitales y clínicas | <input type="checkbox"/> Amistades / Familias |
| <input type="checkbox"/> Tv | <input type="checkbox"/> Iglesia |
| <input type="checkbox"/> Radio | <input type="checkbox"/> Organización comunitaria |
| <input type="checkbox"/> Periodico | <input type="checkbox"/> Doctor u otro proveedor de salud |

La nueva pandemia de coronavirus (COVID-19) ha impactado a las personas de diferentes maneras. La siguiente serie de preguntas le pedirán que califique si la pandemia COVID- 19 ha cambiado varios aspectos de su vida, **en los últimos 30 días.**

* 44. ¿Han cambiado sus rutinas diarias?

Por las rutinas diarias me refiero a cosas sociales y religiosas, u otras formas en las que normalmente pasa su tiempo.

- No, no he tenido cambios en mis rutinas.
- Sí, he tenido cambios leves en algunas de mis rutinas.
- Sí, he tenido cambios moderados en varias de mis rutinas
- Sí, he tenido cambios severos en la mayoría o en todas mis rutinas

* 45. ¿Ha cambiado el ingreso económico de su hogar?

- No, no ha habido cambios en el ingreso de su hogar.
- Sí, ha habido pequeños cambios, pero usted es capaz de satisfacer todas sus necesidades y pagar sus facturas.
- Sí, ha habido cambios moderados y usted hizo cortes, pero usted es capaz de cumplir necesidades básicas y pagar sus facturas.
- Sí, ha habido cambios graves y usted no puede satisfacer las necesidades básicas o pagar sus facturas.

* 46. En los últimos 30 días

¿Ha cambiado su acceso a alimentos?

- No, el acceso a la comida no ha cambiado
- Sí, he tenido suficiente comida, pero dificultad para llegar a la tienda o encontrar artículos.
- Sí, de vez en cuando ha estado sin suficiente comida o alimentos de buena calidad.
- Sí, con frecuencia he estado sin suficiente comida.

* 47. ¿En general, en su hogar comen igual que antes de la pandemia?

- Sí, continuamos comiendo igual que antes.
- No, comemos un poco menos que antes, pero lo suficiente.
- No, comemos más que antes.
- No, comemos menos y unos en casa se quedan con hambre.

* 48. En los últimos 30 días ¿ha recibido dispensa de alimentos?

Sí

No

* 49. ¿Ha cambiado su actividad física normal en los últimos 30 días?

No, normalmente no hace ejercicio.

Sí, no he estado haciendo ejercicio con la misma regularidad de lo habitual, pero la intensidad es lo mismo de siempre

No, he estado haciendo ejercicio con la misma frecuencia e intensidad que normalmente.

Sí, no he estado haciendo ejercicio en absoluto y soy muy sedentario.

Sí, he estado haciendo ejercicio regularmente, pero con menos intensidad de lo habitual.

* 50. ¿Ha cambiado su acceso a la atención médica en los últimos 30 días?

No ha necesitado atención médica

Sí, ha tenido cambios moderados, como retrasos en sus citas o en obtener recetas con algún impacto en su salud

No, no ha habido cambios en su atención médica

Sí, ha tenido cambios severos; no ha podido acceder a los cuidados necesarios provocando impacto en su salud

Sí, ha tenido cambios leves, como las citas combinadas a la telemedicina en lugar de visitas en persona

51. ¿Ha cambiado su acceso a la atención de salud mental en los últimos 30 días?

No ha necesitado atención.

Sí, ha tenido cambios moderados, como retrasos en sus citas o en sus prescripciones con algún impacto en su salud mental.

No, no ha habido cambios en su atención de salud mental.

Sí, ha tenido cambios severos; no ha podido acceder a la atención necesaria con impacto en su salud mental.

Sí, ha tenido cambios leves, como citas cambiadas a telemedicina en su lugar de visitas en persona.

52. ¿Ha cambiado su acceso a familiares y amigos?

No, no ha habido ningún cambio

Sí, ha habido cambios leves. Visitas continuas con distanciamiento social o llamadas telefónicas o a través de las redes sociales.

Sí, ha habido cambios moderados, con pérdida de contacto con algunos amigos y la familia, pero no todos.

Sí, ha habido cambios graves, con pérdida de contacto con todos mis amigos y familiares.

Ahora me gustaría preguntarle sobre sus experiencias y sentimientos personales sobre el COVID-19, **en los últimos 30 días.**

* 53. Si se ha realizado la prueba de COVID-19

¿Cuál fue su resultado?

COVID-19 Positivo

Todavía estoy esperando el resultado

COVID-19 Negativo

* 54. ¿Cuántas personas de su familia inmediata han sido diagnosticadas con COVID-19? (salte a la pregunta 56 si es 0)

55. Por favor, califique la gravedad de los síntomas de la persona que fue la más enferma

- Leve: Síntomas manejados eficazmente en el hogar.
- Moderado: Síntomas graves que requirieron hospitalización breve.
- Grave: Síntomas graves y ventilación requerida.
- Familiar inmediato murió de coronavirus.
- No aplica

* 56. ¿Cuántos de sus amigos o conocidos han sido diagnosticados con COVID-19? (Salten a la pregunta 58 si es 0 zero)

57. Por favor, califique la gravedad de los síntomas de la persona que fue la más enferma.

- Leve: Síntomas manejados eficazmente en el hogar.
- Moderado: Síntomas graves que requirieron hospitalización breve.
- Grave: Síntomas graves y ventilación requerida.
- Un familiar lejano y/o amigo cercano murió de coronavirus.
- No aplica

58. ¿Se ha auto-aislado o puesto en personas, incluso las de su propio hogar, para evitar que otros se enfermen?

- Sí, porque tenías síntomas / estaba enfermo / a
- Sí, porque dio positivo al coronavirus.
- Sí, porque usted estuvo expuesto a un caso conocido.
- Sí, porque usted estuvo expuesto a un caso sospechoso.
- Sí, porque no estaba seguro/a de su estado de infección.
- No aplica

59. En general, teniendo en cuenta todas las formas posibles en que su vida puede haber sido afectada por la pandemia COVID-19,

¿Cuánto ha afectado la pandemia a su día a día?

- No me ha impactado mi vida en absoluto.
- Ha impactado mucho mi vida.
- Ha impactado mi vida un poco.
- Se niega a responder.
- Ha impactado moderadamente en mi vida.

6. Vacuna del Covid-19

* 60. ¿Cuál es la probabilidad que se vacune contra el Covid-19?

- Extremadamente probable Poco probable
 Algo probable Muy improbable

* 61. ¿Cuál es la probabilidad de que vacune a su hijo/a(s) contra el COVID-19?

- Extremadamente probable Muy improbable
 Algo probable No lo sé / prefiero no responder
 Poco probable No tengo hijos

* 62. ¿Cuál de las siguientes razones le desanima para recibir la vacuna COVID-19?

- Tiene que pagar de su bolsillo Falta de información
 Mucha gente experimenta efectos adversos Larga espera o no hay citas
 La vacuna son dos dosis No se como hacer la cita
 Otro (especifique)

* 63. ¿Cuál de las siguientes razones le motiva a recibir la vacuna COVID-19?

- La vacuna es gratis y es disponible Su médico o proveedor de salud lo recomienda
 La vacuna es efectiva alrededor de 94-95% Las autoridades lo recomiendan.
 Poca gente experimentó efectos adversos
 Otro (especifique)

* 64. ¿Cómo considera que puede ayudarle la Coalición Mexicana a usted?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ofrecerle un número de teléfono para ofrecerle ayuda. | <input type="checkbox"/> Ofrecerle información impresa para manejar en casa temas de salud mental. |
| <input type="checkbox"/> Ofrecerle información sobre salud mental. | <input type="checkbox"/> Ofrecerle un programa o una aplicación en línea que pueda ayudarle a manejar su situación emocional. |
| <input type="checkbox"/> Ofrecerle referidos a proveedores locales de salud mental u otras organizaciones de apoyo. | <input type="checkbox"/> Otro |

65. Si desea que nos pongamos en contacto con usted:

Nombre	<input type="text"/>
Ciudad/Localidad	<input type="text"/>
Estado/Provincia	<input type="text"/>
Código postal	<input type="text"/>
País	<input type="text"/>
Dirección de correo electrónico	<input type="text"/>
Número de teléfono	<input type="text"/>