COVID Vaccine Perception Survey (Spanish)

 \*Encuesta de percepción sobre la vacuna contra el COVID

Por favor complete la siguiente encuesta, la cual debería tomarle unos minutos.

¡Gracias!

COVID-19 es una enfermedad que puede provocar condiciones médicas graves en algunas personas. Se han desarrollado nuevos medicamentos, llamados vacunas, que pueden evitar que las personas contraigan COVID-19. Estas vacunas fueron aprobadas por médicos y científicos de los EE. UU en diciembre de 2020. Estas vacunas se ofrecerán a todas las personas de forma gratuita.

Queremos conocer su opinión sobre estas nuevas vacunas y escuchar específicamente a personas que:

a) Tiene alguna discapacidad.

b) Pasan tiempo con personas con discapacidad.

c) Trabajan con personas con discapacidad.

¿Cómo usted se describiría? (seleccione todas las que apliquen)

• Soy una persona con una discapacidad (por ejemplo: autismo, discapacidad intelectual,

 discapacidad física)

• Paso tiempo con personas con discapacidades (por ejemplo: un familiar, un amigo)

• Trabajo con personas con discapacidades (por ejemplo: profesional de apoyo directo, médico,

 trabajador social, personal clínico)

• Comentarios adicionales

 Por favor describa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Indique su edad:

• 18-29

• 30-49

• 50-64

• 65+

Cuál es su identidad de género:

• Mujer

• Hombre

• No binario

• Algo diferente no mencionado aquí

• Prefiero no responder

(Opcional) Por favor, especifique: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Indique cuál es su raza / etnicidad (seleccione todas las que apliquen)

• Asiático

• Negro / Afroamericano

• Hispano / Latino (a)

• Medio Oriente o África del Norte

• Nativo Americano / Nativo de Alaska

• Nativo de Hawái / De las Islas del Pacífico

• Blanco / Caucásico

• Algo diferente que no figura en la lista

• Prefiero no responder

(Opcional) Por favor, describa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Qué probabilidad existe de que usted reciba la vacuna contra el COVID-19, si se le ofreciera libre de costos?

Definitivamente si

Probablemente si

Probablemente no

Definitivamente no

No lo se

Por favor, indique si cada uno de los siguientes aseveraciones es una "razón principal", una "razón menor” o “no es la razón" por el cual probablemente usted no desea vacunarse contra el COVID-19:

Razón principal.

Razón menor.

No es la razón.

No estoy seguro / No lo sé.

• Me preocupan los efectos secundarios.

• No confío en que el gobierno garantice la seguridad de la vacuna.

• La vacuna es demasiado nueva y quiero ver cómo afecta a otras personas.

• En general, no confío en las vacunas.

• No confío en el Sistema de Salud.

• Me preocupa contraer COVID-19 por la vacuna.

• Me preocupa que la vacuna no se haya probado en personas con discapacidades.

• No quiero que me utilicen como un experimento para la vacuna.

• Hay razones religiosas o culturales por las cuales no me vacuno.

• Otras razones

• (Opcional) Por favor, describa sus otras razones: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Definitivamente sí lo animo

Probablemente sí lo animo

Probablemente no lo animo

Definitivamente no lo animo

No lo sé

No tomo decisiones médicas por alguien con discapacidad

Por favor, indique si cada uno de las siguientes aseveraciones es una "razón principal", una "razón menor” o “no es la razón" por el cual usted no le recomendaría a <u>una persona con discapacidad</u> a que se vacune.

Razón principal

Razón menor

No es la razón

No estoy seguro / No lo sé

• Me preocupan los efectos secundarios.

• No confío en que el gobierno garantice la seguridad de la vacuna.

• La vacuna es demasiado nueva y quiero ver cómo afecta a otras personas.

• En general, no confío en las vacunas.

• No confío en el Sistema de Salud.

• Me preocupa que la persona con discapacidad pueda contraer COVID-19 por la vacuna.

• Me preocupa que la vacuna no se haya probado en personas con discapacidades.

• No quiero que utilicen como un experimento a personas con discapacidades para la vacuna.

• Hay razones religiosas o culturales por las cuales no me vacuno.

• Otras razones

• (Opcional) Por favor, describa sus otras razones: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Qué información adicional podría hacerle cambiar de opinión acerca de recibir la vacuna contra el COVID-19? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Si usted decide vacunarse, ¿qué apoyo usted necesitaría? (Seleccione todas las que apliquen)

• Ayuda para comprender el proceso de vacunación.

• Ayuda para programar la cita.

• Ayuda con la transportación para llegar al sitio y obtener la vacuna.

• El seguimiento sobre cómo estoy después de vacunarme.

• No necesitaría apoyo.

¿Cuánto confía en cada uno de los siguientes recursos para brindarle información verídica sobre la vacuna contra el COVID-19?

Mucho

Moderado

No demasiado

Definitivamente no

N/A (No Aplica)

• Médico, Enfermero/a o el proveedor de atención médica

• Mis amigos y familia

• Personas con las que trabajo

• El personal de mi agencia

• Funcionarios del gobierno (como el gobernador o el presidente)

• Periódicos

• Televisión o radio

• Redes sociales

• ¿En qué periódicos usted confía? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

• ¿En qué estaciones de radio o televisión usted confía? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

• ¿Cuáles son las Redes Sociales en las que usted confía?

Facebook

Twitter

Instagram

Snapchat

WeChat

Otras

Por favor especifique: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Desea usted registrarse para recibir materiales basados ​​en evidencia científica relacionados con la vacuna?

• Sí

• No

Por favor proporcione un correo electrónico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Indique el código postal en el que vive: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Cómo supo de esta encuesta?: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Preguntas?

Karen.bonuck@einsteinmed.org

Suzannah\_iadarola@urmc.rochester.edu

josiegel@montefiore.org