**Formulario para reportar del programa de vacunación con base comunitaria: Número OMB (0906-0064)**

**Cuestionario sobre el perfil de la persona en el lugar de vacunación de la COVID-19**

**Declaración de la Importancia Pública:** El propósito de este sistema de recopilación de datos es recoger datos agregados sobre las actividades apoyadas a través de los Programas de Alcance Comunitario de Vacunas de la HRSA (HRSA-21-136 y HRSA-21-140). La HRSA utilizará estos datos para supervisar las actividades apoyadas por las organizaciones relacionadas con (1) la creación de una fuerza de trabajo de salud pública y (2) cómo se aprovecha esa fuerza de trabajo para aumentar las tasas de vacunación y el acceso equitativo a las vacunas, a fin de garantizar que se llegue a las poblaciones y comunidades más vulnerables y se las vacune durante todo el período de desempeño. Una agencia no puede realizar o patrocinar, y una persona no está obligada a responder, una recopilación de información a menos que muestre un número de control de la OMB actualmente válido. El número de control OMB para esta recopilación de información es 0906-0064 y es válido hasta el 31/01/2022. La carga de trabajo para este formulario se estima en un promedio de 0.27 horas, incluyendo el tiempo para revisar las instrucciones y completar y revisar el cuestionario. Envíe sus comentarios sobre esta estimación de tiempo o sobre cualquier otro aspecto de este formulario, incluyendo sugerencias para reducir esta carga, a HRSA Reports Clearance Officer, 5600 Fishers Lane, Room 14N136B, Rockville, Maryland, 20857 o paperwork@hrsa.gov.

***Instrucciones:*** *La información que recopila sobre las personas que atiende en su centro de vacunación es muy importante y ayuda a la HRSA a entender mejor cómo conseguir que más personas se vacunen contra el COVID-19. Esta información, y el trabajo que usted está haciendo, puede ayudar a salvar vidas. Hay un total de 14 preguntas en este formulario. Las primeras 6 preguntas (Sección A) deben ser contestadas por usted. Las siguientes 8 preguntas (Sección B) las debe responder el miembro de la comunidad con el que está interactuando. Puedes ayudar haciendo las preguntas de la sección B e introduciendo las respuestas del miembro de la comunidad por ellos si tú o ellos lo prefieren. Sólo le pedimos que se asegure de que todo se rellena de la forma más honesta y completa posible. Muchas gracias de antemano por su ayuda para proporcionar esta importante información.*

1. **Sección A. Esta sección es para que usted (el trabajador de alcance comunitario) la rellene cuando interactúe con un miembro de la comunidad en su centro de vacunación.**
	1. **Por favor, indique el identificador único que se le ha asignado como trabajador de alcance comunitario (por su empleador)**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

1. **¿Cuál es el nombre de su empleador (la organización de base comunitaria que recibe financiamiento de HRSA) donde usted trabaja como trabajador de alcance comunitario?**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

1. **Por favor, indique el código postal donde los miembros de la comunidad viven y/o está siendo contactado.**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

1. **Por favor, provea la fecha en la que usted interactúe con el miembro de la comunidad. Use el siguiente formato para su respuesta MM/DD/YYYY**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

1. **¿Es la primera vez que se pone en contacto con este miembro de la comunidad?**

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  | Sí |
| [ ]  | No |

1. **¿Qué vacuna contra la COVID-19 se está administrando hoy a este individuo?**

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  | La primera dosis de la vacuna contra la COVID-19 de Pfizer |
| [ ]  | La segunda dosis de la vacuna contra la COVID-19 de **Pfizer** |
| [ ]  | La primera dosis de la vacuna contra la COVID-19 de **Moderna** |
| [ ]  | La segunda dosis de la vacuna contra la COVID-19 de **Moderna** |
| [ ]  | La dosis (única) de la vacuna contra la COVID-19 de **Johnson & Johnson** |
| [ ]  | Algo más, no estoy seguro o aún no lo he determinado |

1. **SECCIÓN B. Estas son preguntas que el miembro de la comunidad debe responder por sí mismo. Sin embargo, un trabajador de alcance comunitario puede ayudarles haciéndoles las preguntas e introduciendo las respuestas que te digan en el formulario por ellos, si le resulta más fácil.** *Por favor, indique las razones porqué pudo haber dudado o retrasado la aplicación de la vacuna contra la COVID-19 antes de hoy.*

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  | Ninguna – No tuve ninguna preocupación que me hiciera dudar de la vacuna contra la COVID-19 |
| [ ]  | No tenía transporte/forma de llegar a un lugar de vacunación (no tenía transporte) |
| [ ]  | No tuve tiempo de ir a un sitio de vacunación porque tuve que trabajar en mi(s) empleo(s) |
| [ ]  | No he tenido tiempo de ir a un lugar de vacunación debido al cuidado de mis hijos u otros compromisos familiares (ocupado con los niños o la familia) |
| [ ]  | La información que tenía sobre la vacuna me asustó, pero luego supe que era una información errónea  |
| [ ]  | Estaba preocupado por los posibles efectos secundarios de la vacuna |
| [ ]  | No creía que tuviera un alto riesgo de contraer COVID-19 (la enfermedad del coronavirus) |
| [ ]  | No tenía miedo de contraer COVID-19 (el virus/enfermedad) y, por lo tanto, no creía que necesitara realmente la vacuna |
| [ ]  | No confío en los médicos y/o en el sistema de salud |
| [ ]  | No confío en las vacunas en general y no suelo vacunarme |
| [ ]  | Esta vacuna (contra la COVID-19) en particular me asusta, aunque he recibido otros tipos de vacunas antes (como la del tétano o la de la gripe) |
| [ ]  | No sabía dónde o cómo conseguir la vacuna |
| [ ]  | No sabía que la vacuna sería gratuita (sin costo alguno para mi) |
| [ ]  | Realmente no sé porqué dudaba en vacunarme antes |
| [ ]  | Algo más me hizo esperar hasta hoy (por favor, especifique qué es): |
|  |  |

1. **¿Cuántos años tiene?**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

1. **Por favor, seleccione todas las categorías con las que usted se identifique:**

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  | Masculino |
| [ ]  | Femenino |
| [ ]  | Transgénero |
| [ ]  | Queer, no conforme con el género o no binario |
| [ ]  | Agénero |
| [ ]  | Prefiero no contestar |
| [ ]  | Algo más que no esté en esta lista (por favor, especifique): |
|  |  |

1. **Por favor, seleccione todas las categorías con las que usted se identifique:**

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  | Heterosexual |
| [ ]  | Lesbiana o Homosexual |
| [ ]  | Bisexual |
| [ ]  | Queer o pansexual |
| [ ]  | Cuestionando |
| [ ]  | No sé |
| [ ]  | Prefiero no contestar |
| [ ]  | Algo más que no esté en esta lista (por favor, especifique): |
|  |  |

1. **Por favor, seleccione todas las categorías con las que usted se identifique:**

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  | Blanco |
| [ ]  | Negro o Afro Americano |
| [ ]  | Indio Americano o Nativo de Alaska |
| [ ]  | Asiático |
| [ ]  | Nativo de Hawaii o de otras Islas del Pacífico |
| [ ]  | Prefiero no contestar |

1. **¿Usted se identifica como hispano o latino/latinxs (por favor, seleccione una)?**

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  | Sí |
| [ ]  | No |
| [ ]  | Prefiero no contestar |

1. **¿Hablas más de un idioma con fluidez?**

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  | No |
| [ ]  | Sí. *Si su contestación es “Sí”, por favor enumere a continuación todos los idiomas además del inglés que usted habla con fluidez:* |
|  |  |
|  |  |

1. **¡Esta es la última pregunta! Si te vas a vacunar hoy contra la COVID-19 como resultado de que alguien te haya dado información, ¿qué fuentes de información recibiste que marcaron la diferencia y te ayudaron a decidirte a vacunarte hoy?**

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  | Lo vi en un sitio web comunitario, un blog o una herramienta basada en la web sobre las vacunas |
| [ ]  | Una red social (o una campaña relacionada) sobre las vacunas contra la COVID-19 |
| [ ]  | Recibí folletos educativos y/o informativos sobre las vacuntas contra la COVID-19 |
| [ ]  | Alguien visitando puerta a puerta vino a mi casa |
| [ ]  | Alguien vino al proyecto de vivienda o complejo de apartamentos para dar información |
| [ ]  | Algún otro trabajador de la salud me dio información |
| [ ]  | Recibí una o varias llamadas telefónicas con información |
| [ ]  | Recibí mensajes de texto con información |
| [ ]  | Recibí correo electrónicos con información |
| [ ]  | Recibí correo postal con información |
| [ ]  | Participé en un seminario en línea (webinar) |
| [ ]  | Participé de una sesión de entrenamiento |
| [ ]  | Participé de una reunión virtual en el ayuntamiento |
| [ ]  | Escuché una cuña o anuncio de radio |
| [ ]  | Vi una cuña o anuncio de televisión |
| [ ]  | Vi un cartel publicitario (billboard) u otro tipo de carteles en mi comunidad |
| [ ]  | Alguien dejó información colgada en mi puerta |
| [ ]  | Recibí un folleto |
| [ ]  | Participé en un grupo focal |
| [ ]  | Asistí y obtuve información en una feria o evento comunitario |
| [ ]  | Estuve y obtuve información en un centro recreativo de la comunidad |
| [ ]  | Estuve y obtuve información en una iglesia, templo u otro lugar religioso |
| [ ]  | Estuve y obtuve información en una escuela, una institución de educación superior o un centro de aprendizaje comunitario |
| [ ]  | Estuve y obtuve información en una biblioteca local u otro edificio público |
| [ ]  | Estuve y obtuve información en centro de recursos de la comunidad LGBTTIQ+ |
| [ ]  | Estuve y obtuve información en un centro comunitario/de recursos para una población que comparte un origen común conmigo (club de italoamericanos, un lugar de encuentro para hispanohablantes, etc.) |
| [ ]  | Estuve y obtuve información de un centro de ayuda a personas sin hogar (albergue para personas sin hogar, etc.) |
| [ ]  | No obtuve información de ninguna de los lugares/actividades enumeradas aquí |
| [ ]  | Obtuve información de alguna otra fuente/lugar no mencionada aquí (por favor, especifique): |
|  |  |
|  |  |