

# Cuestionario sobre la vacunación frente a la COVID-19

\***Género:** ( ) Hombre ( ) Mujer (sólo valida 1 respuesta)

\***Edad:** (campo numérico)

\* **Nivel educativo:** ( ) Educación básica obligatoria ( ) Estudios intermedios/ FP ( ) Estudios universitarios

\* **Actividad:** ( ) Trabajador activo ( ) Inactivo (sólo valida 1 respuesta)

\* **Defina su unidad de convivencia familiar** (respuesta múltiple excepto si se marca la opción vivo solo)

- ( ) Vivo solo
- ( ) Vivo con otros adultos
- ( ) Vivo con personas de riesgo
- ( ) Vivo con niños

\***¿Presenta factores de riesgo?** (respuesta múltiple)

- ( ) Mayor de 60 años
- ( ) Cáncer
- ( ) Hipertensión arterial
- ( ) Diabetes
- ( ) Obesidad
- ( ) Enfermedad cardiovascular
- ( ) Enfermedad pulmonar crónica
- ( ) Inmunodeficiencias
- ( ) Otros (campo texto libre)

\***¿Se ha vacunado durante esta campaña 2020-2021 de la gripe?** (sólo valida 1 respuesta)

- ( ) NO
- ( ) NO, por desabastecimiento de la vacuna
- ( ) NO, por indicación médica no debo vacunarme
- ( ) SI, me he vacunado como otros años
- ( ) SI, y ha sido la primera vez que me vacunaba

**\* ¿Ha padecido la COVID-19 en algún momento desde el inicio de la pandemia? (solo enfermedad confirmada) (sólo valida 1 respuesta)**

SI ( Si la respuesta es SI entonces mostrar las siguientes preguntas en morado sino no)

NO (Si la respuesta es No entonces mostrar la pregunta en verde)

**¿Debido a la COVID-19 ha tenido que ser ingresado en un hospital? (sólo valida 1 respuesta)**

SI

NO

**¿Presenta Anticuerpos frente a la COVID-19?**

SI

NO

No lo sé

**¿Conoce a alguien que haya padecido la COVID-19?**

SI y tuvo que estar ingresado

SI pero la padeció con síntomas leves

NO

**\*¿Se ha vacunado frente a COVID-19? (sólo valida 1 respuesta)**

NO, pero tengo cita ya para vacunarme

NO, por contraindicación ( hipersensibilidad a dosis previa de la vacuna o a alguno de los componentes de la misma)

NO (en caso de seleccionar esta respuesta entonces mostrar la siguiente pregunta marcada en verde)

SI (en caso de seleccionar esta respuesta entonces mostrar las 2 siguientes preguntas marcadas en morado)

**¿Ha recibido ya las dosis necesarias de la vacuna administrada? (sólo valida 1 respuesta)**

SI

NO

**¿Ha padecido alguna reacción adversa después de la vacunación?**

NO

SI (si se marca SI entonces abrir desplegable con las siguientes opciones con posibilidad de marcar varias opciones)

- dolor en el lugar de la inyección

- inflamación en el lugar de la inyección

- linfadenopatía axilar
- cefalea
- cansancio
- mialgias
- escalofríos
- artralgias
- fiebre (>38°C)
- otros (campo texto libre)

**¿Se vacunará de la COVID-19 cuando llegue su turno de vacunación?**

SI

NO (si se marca NO entonces abrir desplegable con las siguientes opciones con posibilidad de marcar 1)

No lo sé (si se marca No lo sé entonces abrir desplegable con las siguientes opciones con posibilidad de marcar 1)

- Prefiero esperar un tiempo a que se haya vacunado más gente
- La rapidez de los ensayos clínicos no me da seguridad
- Miedo a contraer la COVID si me vacuno
- La vacuna no es efectiva para prevenir la COVID y sus complicaciones
- No creo que pueda enfermar
- No tengo miedo a contraer la enfermedad
- Miedo a los efectos secundarios de la vacuna
- Oposición a las vacunas
- Falta de tiempo para ir a vacunarme
- Otras (caja para describir otras opciones)

**\* ¿Si se le ofreciera la posibilidad de vacunarse en la farmacia lo haría?**

Si

No

No lo se