

*Gracias por participar en esta encuesta sobre como la pandemia de COVID-19 ha afectado su salud y bienestar.*

La Oficina de Planificación del VIH de Filadelfia (asociada con el Departamento de Salud Pública de Filadelfia) está realizando esta encuesta que los ayudará a comprender sus necesidades de cuidado de salud, vivienda y otros servicios.

El Consejo de Planificación Integrada del VIH de Filadelfia y otras agencias de salud que ofrecen servicios de cuidado de salud y de VIH usan esta valiosa información para entender las necesidades de las personas que viven con VIH en nuestra región. El Consejo de Planificación es responsable de la planificación de los servicios de cuidado de salud y otros servicios para las personas que viven con VIH y aquellos que están en riesgo de contraer VIH en toda la región de Filadelfia. Para más información sobre la Oficina del Programa del VIH o el Consejo de Planificación, póngase en contacto con [hivphilly.org](http://hivphilly.org) ó llame al 215-274-6760.

Sus respuestas serán protegidas de forma segura y confidencial.

Esta encuesta le hará algunas preguntas sobre su historial médico, los servicios que usa y aquellas situaciones que no le permiten obtener la ayuda que necesita. Las preguntas también son personales, como su orientación sexual y nivel de ingresos. No tendrá que compartir su nombre o correo electrónico. Esta encuesta es anónima y no recopila la información de su dirección de proveedor de internet (o cualquier otra información sobre su computadora u otro dispositivo electrónico o digital que use para responder esta encuesta).

Puede responder la encuesta si lo desea. No tendrá ningún problema para obtener servicios de cuidado de salud u otros servicios relacionados con la salud. No existen respuestas correctas o erróneas. Es importante que responda honestamente la mayor cantidad de preguntas. Si no desea responder la pregunta, pase a la siguiente y continúe la encuesta.

La encuesta le tomará de 5 a 15 minutos de su tiempo para completarla.

Si tiene alguna pregunta sobre esta encuesta, por favor comuníquese con la Oficina de Programa de Cuidado del VIH a [info@hivphilly.org](mailto:info@hivphilly.org) ó 215-574-6760.

Si necesita servicios de cuidado de salud u otro tipo de asistencia, por favor llame a la línea de Información de Salud al 215-985-2437.

**Desde el primero de febrero de 2020,**

1. ¿Ha tenido algún contacto cercano con una persona diagnosticada con COVID-19? Un contacto cercano se define como cualquier persona que estuvo a menos de seis pies de usted durante un período de más de 10 minutos.
  - No
  - Sí
  - No sé
  - Prefiero no responder.
  
2. ¿Le mencionó algún doctor, enfermera o profesional de atención de la salud que tenía COVID-19?
  - No
  - Sí
  - No sé
  - Prefiero no responder
  
3. ¿Se ha sometido a una prueba de coronavirus o frotis nasal (con un aplicador de algodón) para detectar el virus que causa COVID-19, o el virus que causa SARS CoV-2?
  - No
  - Sí (*Pase a la pregunta 3a.*)
  - No sé
  - Prefiero no responder

**3a. ¿Cuál fue el resultado de esa prueba?**

- Negativo
- Positivo
- No válido
- No recibió los resultados
- No sé
- Prefiero no responder

**Desde el primero de febrero de 2020 ...**

4. ¿Sufrió la pérdida de salario en su trabajo durante una o más de una semana a causa de COVID-19?
  - No
  - Sí
  - No sé
  - Prefiero no responder
  - No es aplicable – no estoy trabajando
  
5. ¿Se olvidó tomar alguna dosis de sus medicamentos anti-VIH a causa de COVID-19?
  - No
  - Sí
  - No sé
  - Prefiero no responder
  
6. ¿Ha tenido algún problema en obtener alguna receta o recargar sus medicamentos anti-VIH a causa de COVID-19?
  - No
  - Sí
  - No sé
  - Prefiero no responder
  
7. ¿Olvidó tomar otra dosis de medicamentos esenciales (que no sean anti-VIH) a causa de COVID-19?
  - No
  - Sí
  - No sé
  - Prefiero no responder
  
8. ¿Olvidó asistir a alguna cita médica a causa de COVID-19?
  - No
  - Sí
  - No sé
  - Prefiero no responder

9. ¿Se olvidó o retrasó someterse a alguna prueba de laboratorio de rutina relacionada con su condición de VIH (como un conteo de **CD4** (prueba que mide la cantidad de linfocitos **CD4** en la sangre) o una prueba de carga viral) a causa de COVID-19?
- No
  - Sí
  - No sé
  - Prefiero no responder
10. ¿Ha usado algún *Smartphone* o computadora para llevar a cabo alguna visita virtual (a veces llamada una visita de telemedicina) con su doctor, enfermera, farmacéutico o profesional de cuidado de la salud?
- No
  - Sí
  - No sé
  - Prefiero no responder
11. ¿No ha podido recibir otros servicios (por ejemplo, terapia psicológica, grupo de apoyo, asistencia para vivienda, alimentos o provisiones de comestibles) a causa de COVID-19?
- No
  - Sí
  - No sé
  - Prefiero no responder
12. ¿Está preocupado y piensa que tendrá problemas para pagar sus servicios de utilidades como el alquiler, hipoteca, alimentos o los servicios públicos (agua, gas o electricidad) durante la pandemia de COVID-19?
- No
  - Sí
  - No sé
  - Prefiero no responder

13. ¿Ha tenido algún problema con el uso de los medios de transporte, la compra de medicamentos o alimentos? **Marque todo lo que aplique.**

- Transporte
- Medicamentos
- Alimentos
- No, no he tenido problemas para usar algún medio de transporte o comprar los medicamentos o alimentos que necesito

Por favor explique brevemente:

---

---

---

14. Si tiene un médico o enfermero intermedario de casos VIH, ¿ha tenido algún problema en comunicarse con él(ellos) y tratar sus necesidades básicas de tratamiento?

- Sí
- No
- No tengo un médico de casos VIH

Por favor explique brevemente:

---

---

---

15. Cuando piensa en el distanciamiento social durante la pandemia de COVID-19, ¿se sintió aislado?

- Nunca
- Pocas veces
- La mitad del tiempo
- La mayoría del tiempo
- Siempre
- No sé
- Prefiero no responder



19. ¿Considera que es Hispano, Latino/a o que tiene ascendencia española?

- No
- Sí
- No sé
- Prefiero no responder

20. ¿A qué grupo racial o grupos raciales considera que pertenece? Puede seleccionar más de una opción.

- Aborigen de América del Norte o nativo de Alaska
- Asiático
- Negro o Afroamericano
- Nativo de Hawái o de la Polinesia
- Blanco
- Otra raza que no se especifica: \_\_\_\_\_
- Prefiere no responder

21. ¿Cómo se considera?

- Mujer
- Hombre
- Transgénero
- Otro género que no desea especificar: \_\_\_\_\_
- Prefiere no responder

22. ¿Cuál es su orientación sexual?

- Lesbiana o gay
- Heterosexual
- Bisexual
- Tiene alguna otra orientación sexual
- No sabe
- Prefiere no responder

23. ¿Cuál es su edad?

- 17 años o menos
- 18-24 años
- 25-34 años
- 35-44 años
- 45-54 años
- 55-64 años
- 65-74 años
- 75 años o más

24. Durante los últimos 12 meses...

**Marque todo lo que aplique.**

- Vivió en la calle
- Vivió en un refugio
- Vivió en una habitación de hotel para una persona
- Vivió en un automóvil
- Nada mencionado es aplicable

25. ¿Durante los últimos 12 meses, alguna vez se mudó para vivir con otras personas por un tiempo limitado debido a problemas financieros?

- No
- Sí
- Prefiero no responder

26. ¿Es probable que su condición de vivienda cambie en los próximos seis meses?

- Sí
- No
- No sé
- Prefiere no responder

Si responde sí, por favor explique:

---

---

---

27. ¿En qué código postal vive actualmente? \_\_\_\_\_



28. ¿En estos momentos...?

- Está empleado y recibe un salario
- Es un trabajador independiente
- No ha trabajado por más de un año
- No ha trabajado por menos de un año
- Es una ama de casa
- Estudiante
- Jubilado
- No puede trabajar
- Prefiere no responder

29. ¿Es responsable por el cuidado de niños, personas mayores u otras personas?

- Sí
- No
- Prefiero no responder

Si responde sí, explique brevemente cuales son sus responsabilidades:

---

30. En el año 2019, ¿cuál fue su ingreso familiar mensual o anual combinado considerando todas las fuentes de ingreso antes de impuestos? El “ingreso familiar combinado” es la cantidad de dinero total de todos los miembros de la familia que viven en su hogar.

- \$0 a \$4,999 por año – (\$0 a \$416 por mes)
- \$5,000 a \$8,999 por año – (\$417 a \$749 por mes)
- \$9,000 a \$10,999 por año - (\$750 a \$916 por mes)
- \$11,000 a \$12,999 por año – (\$917 a \$1083 por mes)
- \$13,000 a \$14,999 por año – (\$1084 a \$1249 por mes)
- \$15,000 a \$16,999 por año - (1250 a \$1416 por mes)
- \$17,000 a \$19,999 por año – (\$1417 a \$1666 por mes)
- \$20,000 a \$24,999 por año – (\$1667 a \$2083 por mes)
- \$25,000 a \$29,999 por año – (\$2084 a \$2499 por mes)
- \$30,000 a \$39,999 por año – (\$2500 a \$3333 por mes)
- \$40,000 a \$49,999 por año – (\$3334 a \$4166 por mes)
- \$50,000 a \$74,999 por año – (\$4167 a \$6249 por mes)
- \$75,000 o más por año – (\$6250 o más por mes)
- No sé
- Prefiero no responder

31. ¿Qué tipos de seguro de salud y cobertura tuvo durante los últimos 12 meses?

**Marque todo lo que aplique**

- Seguro de salud privado a través de mi empleador o miembro de familia del empleador
- Seguro de salud privado a través de *Healthcare.gov* o *Health Insurance Marketplace*
- Medicaid
- Medicare
- Cobertura a través del Programa de VIH/SIDA Ryan White o Programa de Asistencia de Medicamentos anti-VIH, también llamado Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA (ADAP) o Programa de Distribución de Medicamentos contra el SIDA (ADDP) o Programa de Beneficios Farmacéuticos Especiales (SPBP)
- Programa Tricare (administrado por el Departamento de Administración de Salud) o Programa Médico y de Salud Civil de los Servicios Uniformados (CHAMPUS) / Programa Médico y de Salud Civil del Departamento de Asuntos de los Veteranos (CHAMPVA)
- Cobertura a través del programa de atención médica de la Administración de Veteranos
- Ciudad, condado, estado u otro seguro financiado públicamente no incluido Medicaid
- Alguna otra cobertura de seguro, por favor especifique: \_\_\_\_\_
- Prefiero no responder

***Gracias por tomar el tiempo en contestar esta encuesta y compartir sus experiencias.***

Si tiene alguna pregunta o asunto que desee tratar sobre esta encuesta, por favor llame a la Oficina del Programa de Pacientes con VIH al 215-573-6760 o envíenos un correo electrónico a [info@hivphilly.org](mailto:info@hivphilly.org).

Puede encontrar también información sobre la Oficina del Programa de Pacientes con VIH en Facebook y Twitter @HVPhilly