

Q1 ¿Diría usted que su salud en general es excelente, muy buena, buena, regular o mala?
Seleccione solo una respuesta.

- Excelente (1)
 - Muy buena (2)
 - Buena (3)
 - Regular (4)
 - Mala (5)
-

Q2 Durante los **últimos 7 días**, ¿con qué frecuencia se ha visto afectado(a) por los siguientes problemas ... Sentirse nervioso(a), ansioso(a) o irritable? ¿Diría que no en absoluto, varios días, más de la mitad de los días o casi todos los días? *Seleccione solo una respuesta.*

- No en absoluto (1)
 - Varios días (2)
 - Más de la mitad de los días (3)
 - Casi todos los días (4) 77
-

Q3 Durante los **últimos 7 días**, ¿con qué frecuencia se ha visto afectado(a) por los siguientes problemas ... No ser capaz de detener o controlar la preocupación? ¿Diría que no en absoluto, varios días, más de la mitad de los días o casi todos los días? *Seleccione solo una respuesta.*

- No en absoluto (1)
- Varios días (2)
- Más de la mitad de los días (3)
- Casi todos los días (4)

Q4 Durante los **últimos 7 días**, ¿con qué frecuencia se ha visto afectado(a) por ... Tener poco interés o placer en hacer las cosas? ¿Diría que no en absoluto, varios días, más de la mitad de los días o casi todos los días? *Seleccione solo una respuesta.*

- No en absoluto (1)
 - Varios días (2)
 - Más de la mitad de los días (3)
 - Casi todos los días (4)
-

Q5 Durante los **últimos 7 días**, ¿con qué frecuencia se ha visto afectado(a) por ... Sentirse triste, deprimido(a) o sin esperanza? ¿Diría que no en absoluto, varios días, más de la mitad de los días o casi todos los días? *Seleccione solo una respuesta.*

- No en absoluto (1)
- Varios días (2)
- Más de la mitad de los días (3)
- Casi todos los días (4)

Q6 ¿Está usted actualmente cubierto(a) por alguno de los siguientes tipos de seguro de salud o planes de cobertura de salud? *Marque Sí o No para cada caso.*

	Sí (1)	No (2)
Seguro a través de un empleador o sindicato actual o anterior (a través de usted u otro miembro de la familia) (1)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Seguro comprado directamente a una compañía de seguros, incluyendo la cobertura del mercado (a través de usted u otro miembro de la familia) (2)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Medicare, para personas de 65 años y más, o personas con ciertas discapacidades (3)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Medicaid, Asistencia Médica o cualquier tipo de plan de asistencia gubernamental para personas con bajos ingresos o discapacidad (4)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
TRICARE u otro servicio de atención médica militar (5)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Administración de Veteranos (VA por sus siglas en inglés) (incluyendo aquellos que alguna vez han utilizado o se han inscrito para recibir atención médica de la VA) (6)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Servicio de Salud de los Indígenas (7)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Otro (8)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Q7 En cualquier momento de las **últimas 4 semanas**, ¿decidió POSPONER recibir atención médica debido a la pandemia del coronavirus? *Seleccione solo una respuesta.*

Sí (1)

No (2)

Q8 En cualquier momento de las **últimas 4 semanas**, ¿necesitó atención médica por otras situaciones aparte del coronavirus, pero NO LA RECIBIÓ debido a la pandemia del coronavirus? *Seleccione solo una respuesta.*

Sí (1)

No (2)

Q8a En algún momento en las **últimas 4 semanas**, ¿usó algún medicamento recetado para ayudarle a manejar sus emociones o su concentración, comportamiento o salud mental? *Seleccione solo una respuesta.*

Sí (1)

No (2)

Q8b

En algún momento en las **últimas 4 semanas**, ¿recibió asesoramiento psicológico o terapia de un profesional de salud mental, como por ejemplo psiquiatra, psicólogo, enfermera psiquiátrica o trabajador social clínico? Incluya asesoramiento psicológico o terapia recibida por teléfono o en línea. *Seleccione solo una respuesta.*

Sí (1)

No (2)

Q8c En algún momento en las **últimas 4 semanas**, ¿necesitó asesoramiento psicológico o terapia de un profesional de salud mental, PERO NO LO RECIBIÓ por alguna razón?
Seleccione solo una respuesta.

Sí (1)

No (2)

Contains items 31-38 and was renumbered from full document "COVID-19 House Pulse Survey (Spanish)"