

Q1.	¿Qué tan preocupada se siente con COVID? [Stanford Q1 modificado]. ¿Diría? (lea las respuestas):	Nada preocupada Un poco preocupada Algo preocupada Muy preocupada No sé/Ref
Q2.	¿Usted o alguien en su hogar ha sido diagnosticado con COVID? (Prueba positiva o indicada por un proveedor médico que probablemente sea positiva) Por hogar, nos referimos a cualquier persona que viva con usted.	No1 (pase a la pregunta Q3) Sí2 No sé/Ref
	a. ¿Cómo se le hizo la prueba de COVID a usted/a miembros de su hogar?	No1, pero me dijeron que lo tengo Sí2, con prueba, Por favor describa No sé/Ref
	b. ¿Usted/miembros de su hogar pudieron obtener ayuda médica para COVID? (Describa)	No1 Por favor describa Sí2 Por favor describa No sé/Ref
Q3.	¿Ha estado Usted o alguien en su hogar preocupado de tener COVID, pero no ha podido hacerse la prueba?	No1 (pase a la pregunta Q4) Sí2 No sé/Ref
	a.[muestre si sí a Q3] Describa su experiencia tratando de hacerse la prueba	Describa No sé/Ref
Q4.	Debido a la pandemia de COVID, ¿ha tenido usted u otros miembros de su hogar dificultades con alguna de las siguientes cosas? Le voy a leer una lista de varios artículos, por favor dígame sí o no por cada artículo. (lea los artículos en orden al azar) [Stanford Q44; Seleccione todas las que correspondan]	Salario o horas de trabajo reducidos, o pérdida de empleoSi/No/No sé/Ref (muestre Q5) Acceso a cuidado infantilSí/No/No sé/Ref Conseguir comidaSí/No/No sé/Ref Vivienda..... Sí/No/No sé/Ref (Q6) Transporte.....Sí/No/No sé/Ref (Q7) Conseguir desinfectante para las manos o materiales de limpieza ... Sí /No/No sé/Ref Obtener medicamentos, acceder a atención médica o pagar gastos médicos Sí /No/No sé/Ref (Q8) Hacer actividad física Sí /No/No sé/Ref (Q9) Otro: _____ Sí /No/No sé/Ref
Q5	(Muestra si salarios reducidos/horas reducidos o trabajo perdido) ¿Ha solicitado pago por enfermedad (paid sick leave) o reposición de salario(wage replacement), o beneficios de desempleo(unemployment benefits)?	No1 Sí2 No sé /Ref
	a. [muestre si sí a la pregunta Q5] ¿Cómo se enteró de estos beneficios? (investigue con enfermedad pagada o reemplazo salarial o beneficios de desempleo si es necesario)	Describa No sé/Ref

Q6	[Muestre si experimentó dificultades con la vivienda] ¿Ha afectado COVID la capacidad de su familia para pagar el alquiler o la hipoteca?	No.....1 Sí2 ¿Cómo ha manejado esto? No sé/Ref
	a. [Muestre si sí a pregunta Q6] ¿Tuvo que dejar de hacer pagos en cualquier momento?	No.....1 Sí2 Por favor describa _____ No sé /Ref
	b. [Muestre si sí a la pregunta Q6a] Se han implementado protecciones de vivienda para evitar que las familias sean desalojadas si no pueden pagar el alquiler o la hipoteca durante la crisis. ¿Han ayudado estas protecciones a evitar que usted y su familia sean desalojados?	No.....1 Por favor describa _____ Sí2 Por favor describa _____ No sé/Ref
Q7	[Muestre si experimento dificultades para acceder transporte] ¿Cómo ha afectado COVID la capacidad de su familia para acceder transporte cuando es necesario?	Describe _____ ¿Cómo ha manejado esto? No sé/Ref
Q8	[Muestre si tiene dificultades para pagar los gastos médicos/obtener medicamentos/acceder a la atención médica] ¿Cómo ha afectado COVID la capacidad de su familia para obtener medicamentos?	Describe _____ ¿Cómo ha manejado esto? No sé/Ref
Q9	[Muestre si tiene dificultades para realizar actividad física] ¿Cómo ha afectado COVID la capacidad de su familia para realizar actividad física?	Describe _____ ¿Cómo ha manejado esto? No sé/Ref
Q10	Las escuelas y muchas instalaciones de cuidado infantil han sido cerradas debido a COVID. ¿Ha impactado esto a su familia?	No.....1 Sí2 No sé/Ref
	a. [Muestre si sí a la pregunta Q10] ¿Ha tenido dificultades para cuidar a los niños en el hogar?	No.....1 Sí2 No sé/Ref
	b. [Muestre si sí a la pregunta Q10] ¿Cómo ha manejado el cuidado de sus hijos durante este tiempo?	Describe No sé/Ref
Q11	¿Tiene niños que recibían comidas de la escuela inmediatamente antes de que comenzara la epidemia COVID?	No.....1 Sí2 No sé/Ref

	a. ¿Han recibido comidas escolares y/o EBT de pandemia durante la pandemia de COVID?	No.....1 Sí, Ambos Sí, Comidas Sí, EBT de Pandemia
	b. [Indique si, EBT de pandemia o ambos] ¿Recibir EBT de pandemia ha ayudado a su familia?	No.....1 ¿Porque no? Describa _____ Sí,2 ¿Cómo asi? Describa _____ No sé/Ref
	c. [Muestre si sí a la pregunta Q11a] ¿Qué tan satisfecha está con el programa de comidas escolares durante la pandemia de COVID? ¿Diría (lea las respuestas):	Muy satisfecha Algo satisfecha Algo insatisfecha Muy insatisfecha No sé/Ref
	d. [Muestre si sí a la pregunta Q11] ¿Cómo se puede mejorar las comidas escolares durante la pandemia de COVID?	Describa No sé/Ref
Q12	¿Tiene niños que recibían comidas gratuitas de una guardería inmediatamente antes de que comenzara la pandemia de COVID?	No.....1 Sí2 No sé/Ref
	a. [Muestre si sí a la pregunta Q12] ¿Ha seguido recibiendo comidas de una guardería durante la pandemia de Covid?	No.....1 Sí2 Por favor describa esa experiencia _____ No sé/Ref
	b. [Muestre si sí a la pregunta Q12a] ¿Qué tan satisfecha está con el programa de comidas de la guardería durante la pandemia de COVID? ¿Diría (lea las respuestas):	Muy satisfecha Algo satisfecha Algo insatisfecha Muy insatisfecha No sé/Ref
	c. [Muestre si sí a la pregunta Q12] ¿Cómo se puede mejorar las comidas de la guardería durante la pandemia de COVID?	Describa No sé/Ref

Contains items 1-12 (section "COVID Impacts - Spanish") and were renumbered from the full document "COVID-19 Documenting Challenges Faced by California Families with Children 0-5 Years Old on WIC (Spanish)"