

COVID-19 SPEAK: Your Story, Our Future
CONVERSACIÓN DE COVID-19: su historia, nuestro futuro

Question Text / Responses Texto de las preguntas/Respuestas
<p>1. What is your age? ¿Cuál es su edad? <input type="checkbox"/> [Open Number/Número abierto]</p>
<p>2. What is your gender identity? Check all that apply ¿Cuál es su identidad de género? Seleccione todas las opciones que correspondan. <input type="checkbox"/> Male Masculino <input type="checkbox"/> Female Femenino <input type="checkbox"/> Transgender Transgénero <input type="checkbox"/> Non-binary No binario <input type="checkbox"/> Two-Spirit Dos espíritus <input type="checkbox"/> My gender is: Mi género es: <input type="checkbox"/> Prefer not to answer Prefiero no contestar</p>
<p>3. What municipality (city, town, etc.) do you live in? ¿En qué municipalidad (ciudad, pueblo, etc.) vive? _____</p>
<p>4. What other municipality (city, town, etc.) do you live in? ¿En qué otra municipalidad (ciudad, pueblo, etc.) vive? <input type="checkbox"/> [Free text/Texto libre]</p>
<p>5. What First Nations community do you live in? ¿En qué comunidad de las Primeras Naciones vive? <input type="checkbox"/> [Free text/Texto libre]</p>
<p>6. What is your postal code? (e.g. V1A 2B3) (uppercase) ¿Cuál es su código postal? (p. ej., V1A 2B3) (mayúsculas) _____</p>

Section 1: Identify COVID-19 Clinical Cases and Relevant Exposures

Sección 1: identificar casos clínicos de COVID-19 y exposiciones relevantes

Question Text / Responses Texto de las preguntas/Respuestas
<p>7. Since January 2020, have you been sick with a new or worsening cough and/or a fever? Desde enero de 2020, ¿ha estado enfermo/a con tos o fiebre recientes o que hayan empeorado? <input type="checkbox"/> Yes Sí <input type="checkbox"/> No No <input type="checkbox"/> I don't know No sé <input type="checkbox"/> Prefer not to answer Prefiero no contestar</p>
<p>8. What symptoms did you experience during that illness? <i>Check all that apply</i> ¿Qué síntomas sufrió durante esa enfermedad? <i>Seleccione todas las opciones que correspondan.</i> <input type="checkbox"/> Fever Fiebre <input type="checkbox"/> New or worsening cough Tos reciente o que ha empeorado <input type="checkbox"/> Headache Dolor de cabeza <input type="checkbox"/> Chills Escalofríos <input type="checkbox"/> Weakness Debilidad</p>

- Muscle pain Dolor muscular
- Stuffiness/nose congestion Nariz tapada/congestión nasal
- Sore throat Dolor de garganta
- Difficulty breathing/shortness of breath Dificultad para respirar/falta de aliento
- Nausea Náusea
- Diarrhea Diarrea
- Fatigue Fatiga
- Loss of smell or taste Pérdida del olfato o del gusto
- Confusion Confusión
- Vomiting Vómito
- Other; please specify: _____ Otra opción. Sírvase especificar: _____
- I don't know No sé
- Prefer not to answer Prefiero no contestar

9. When did those symptoms start? Enter an approximate date if you don't remember the actual date.(DD/MM/YYYY)
 ¿Cuándo empezaron esos síntomas? Ingrese una fecha aproximada si no recuerda la fecha real (DD/MM/AAAA).
 Date field Campo de fecha

10. Did you receive the seasonal flu shot this past fall/winter?
 ¿Recibió la vacuna de la gripe estacional este pasado otoño/invierno?
 Yes Sí
 No No
 I don't know No sé
 Prefer not to answer Prefiero no contestar

11. Have you been in close contact with anyone who was diagnosed positive for COVID-19?
 ¿Ha tenido contacto directo con alguien que haya recibido un diagnóstico positivo de COVID-19?
 Yes Sí
 No No
 I don't know No sé

12. Was that person experiencing symptoms of COVID-19 when you were in contact with them (such as fever, cough, diarrhea, difficulty breathing)?
 ¿Esa persona sufría de síntomas de COVID-19 cuando usted estuvo en contacto con ella (como fiebre, tos, diarrea, dificultad para respirar)?
 Yes Sí
 No No
 I don't know No sé

13. Did you experience symptoms of COVID-19 after you were in close contact with them (such as fever, cough, diarrhea, difficulty breathing)?
 ¿Usted sufrió de síntomas de COVID-19 después de estar en contacto directo con él/ella (como fiebre, tos, diarrea, dificultad para respirar)?
 Yes Sí
 No No
 I don't know No sé

14. Have you traveled outside of British Columbia since January 1, 2020?
 ¿Ha viajado fuera de la Colombia Británica desde el 1 de enero de 2020?
 Yes Sí
 No No
 I don't know No sé

<p>15. How many times did you travel outside of British Columbia since January 1, 2020? ¿Cuántas veces viajó fuera de la Colombia Británica desde el 1 de enero de 2020? <input type="checkbox"/> [Number/Número]</p>
<p>The following 3 questions will repeat for each time you traveled outside of British Columbia. Las siguientes tres preguntas se repetirán para cada viaje que realizó fuera de la Colombia Británica.</p>
<p>16. Where did you travel to? ¿A dónde viajó? <input type="checkbox"/> _____ (list of provinces, states, and countries) (lista de provincias, estados y países)</p>
<p>17. Which Canadian province or territory did you travel to? ¿A qué provincia o territorio canadiense viajó? _____</p>
<p>18. Which USA state did you travel to? ¿A qué estado de los Estados Unidos viajó? _____</p>
<p>19. When did you depart? ¿Cuándo partió? <input type="checkbox"/> Date field (dd/mm/yyyy) Campo de fecha (dd/mm/aaaa)</p>
<p>20. When did you return to British Columbia? ¿Cuándo regresó a la Colombia Británica? <input type="checkbox"/> Date field (dd/mm/yyyy) Campo de fecha (dd/mm/aaaa)</p>
<p>21. Are you a health care worker (e.g. doctor, nurse, paramedic, pharmacist, dentist, etc) or other essential worker (e.g. grocery store worker, transit driver, law enforcement, first responders, social worker, etc.) <u>that serves the public or patients directly</u>? ¿Es usted trabajador/a de atención médica (p. ej., médico/a, enfermero/a, paramédico/a, farmacéuta, dentista, etc.) u otro/a trabajador/a esencial (p. ej., trabajador/a de supermercado, chofer de transporte público, agente de orden público, trabajador/a de servicios de emergencia, trabajador/a social, etc.) <u>que atienda directamente al público o a los pacientes</u>? <input type="checkbox"/> Yes, health care worker Sí, trabajador/a de atención médica <input type="checkbox"/> Yes, grocery store worker Sí, trabajador/a de supermercado <input type="checkbox"/> Yes, transit driver Sí, chofer de transporte público <input type="checkbox"/> Yes, law enforcement/first responder Sí, agente de orden público o trabajador/a de servicios de emergencia <input type="checkbox"/> Yes, other; please specify: _____ Sí, otra opción. Sírvase especificar: _____ <input type="checkbox"/> No No <input type="checkbox"/> I don't know No sé <input type="checkbox"/> Prefer not to answer Prefiero no contestar</p>
<p>22. In what health care setting(s) do you provide care? <i>Check all that apply</i> ¿En qué entorno(s) de atención médica brinda sus servicios? <i>Seleccione todas las opciones que correspondan.</i> <input type="checkbox"/> Family doctor's office Consultorio de un médico de familia <input type="checkbox"/> Community/public health clinic Clínica comunitaria/de salud pública <input type="checkbox"/> Specialist office (outpatient care) Consultorio de un especialista (atención ambulatoria) <input type="checkbox"/> Dental clinic Clínica dental <input type="checkbox"/> Hospital emergency department Sala de urgencias de un hospital <input type="checkbox"/> Hospital critical care unit Unidad de atención para enfermos graves en un hospital <input type="checkbox"/> Hospital other department; please specify: _____ Otro departamento de un hospital. Sírvase especificar: _____ <input type="checkbox"/> Hospital extended care Atención prolongada en un hospital</p>

- Urgent primary care clinic Clínica de atención primaria urgente
- Long term care facility Centro de atención prolongada
- Pharmacy Farmacia
- Assisted Living Vivienda con asistencia
- Other; please specify: _____ Otra opción. Sírvase especificar: _____

23. Have you been tested for COVID-19?

¿Le han hecho la prueba de COVID-19?

- Yes-once Sí, una vez
- Yes-multiple times Sí, varias veces
- No No
- I don't know No sé
- Prefer not to answer Prefiero no contestar

24. When did you get tested for COVID-19? (mm-dd-yyyy)

Enter an approximate date if you don't remember the actual date. If tested multiple times, enter your first test date.

¿Cuándo le hicieron la prueba de COVID-19? (mm/dd/yyyy)

Ingrese una fecha aproximada si no recuerda la fecha real. Si le han hecho varias pruebas, ingrese la fecha de la primera prueba.

- Date field Campo de fecha

25. Have you ever tested positive for COVID-19?

¿Ha tenido algún resultado positivo en la prueba de COVID-19?

- Yes Sí
- No No
- I am waiting to receive the results Estoy esperando a recibir los resultados
- I don't know No sé
- Prefer not to answer Prefiero no contestar

26. Why were you tested for COVID-19? *Check all that apply*

¿Por qué le hicieron la prueba de COVID-19? *Seleccione todas las opciones que correspondan.*

- I may have been exposed to someone with COVID-19 Podría haber estado expuesto/a a alguien con COVID-19
- I am a health care professional Soy profesional de atención médica
- I recently travelled outside of Canada Viajé recientemente fuera de Canadá
- I called 8-1-1 and they advised me to get tested Llamé al 8-1-1 y me recomendaron que me hiciera la prueba
- I accessed the Northern Health Online Clinic website and was advised to be tested. Entré al sitio web de la clínica en línea de Northern Health y me recomendaron que me hiciera la prueba
- I used an online symptom assessment tool and was advised to get tested Usé una herramienta de evaluación de síntomas en línea y me recomendaron que me hiciera la prueba
- I visited my family doctor and they recommended I be tested Visité a mi médico de familia y me recomendó que me hiciera la prueba
- I was symptomatic and went to a testing site Tenía síntomas y acudí a un centro de pruebas
- I was tested in the hospital Me hicieron la prueba en el hospital
- I was being monitored through a symptom checking application and was sent for testing Me estaban monitoreando por medio de una aplicación de vigilancia de síntomas y me enviaron a hacerme la prueba
- Other; please specify: _____ Otra opción. Sírvase especificar: _____
- I don't know No sé
- Prefer not to answer Prefiero no contestar

Section 2: COVID-19 Prevention

Sección 2: prevención de COVID-19

Question Text / Responses Texto de las preguntas/Respuestas

27. Which of the following actions do you take to lower your risk of getting COVID-19: *Check all that apply*
¿Cuál de las siguientes medidas toma para reducir su riesgo de contraer COVID-19? *Seleccione todas las opciones que correspondan.*

- I have not changed my actions No he cambiado mis acciones
- Hand washing regularly for 20 seconds Me lavo las manos con regularidad durante 20 segundos
- Avoiding touching my eyes, nose, and mouth with unwashed hands Evito tocarme los ojos, la nariz y la boca si no me he lavado las manos
- Use of disinfectants to clean hands when soap and water is not available for hand washing (like alcohol gel or foam, such as Purell) Uso desinfectante para limpiarme las manos cuando no tengo agua y jabón a mi alcance (como gel o espuma de alcohol, p. ej., Purell)
- Use of disinfectants to clean frequently touched surfaces, objects in the home (such as door knobs, or sink taps) Uso desinfectantes para limpiar superficies y objetos en el hogar que se tocan frecuentemente (como las perillas de las puertas, las llaves del lavabo)
- Staying home when you are sick or when you have a cold Permanezco en casa cuando estoy enfermo/a o tengo un resfriado
- Only taking essential trips outside of the home (such as to grocery store, pharmacy, walk a pet, exercise) Solo salgo de casa para cosas esenciales (como ir al supermercado, a la farmacia, a pasear a una mascota, a hacer ejercicio)
- Practicing physical distancing (staying at least 2 metres away from people) when outside of the home Practico el distanciamiento social (mantenerme a una distancia de al menos 2 metros de los demás) cuando estoy fuera de casa
- Avoiding gatherings Evito las reuniones
- Working from home Trabajo desde casa
- Wearing a mask that covers the mouth and nose Uso una mascarilla que cubre la boca y la nariz
- Other; specify: _____ Otra opción. Sírvase especificar: _____
- Prefer not to answer Prefiero no contestar

28. Which of the following actions do you think are the 3 most important to lower your risk of getting COVID-19?
¿Cuáles de las siguientes medidas considera que son las 3 más importantes para reducir su riesgo de contraer COVID-19?

- Hand washing regularly for 20 seconds Lavarme las manos con regularidad durante 20 segundos
- Avoiding touching my eyes, nose, and mouth with unwashed hands Evitar tocarme los ojos, la nariz y la boca si no me he lavado las manos
- Use of disinfectants to clean hands when soap and water is not available for hand washing (like alcohol gel or foam, such as Purell) Usar desinfectante para limpiarme las manos cuando no tengo agua y jabón a mi alcance (como gel o espuma de alcohol, p. ej., Purell)
- Use of disinfectants to clean frequently touched surfaces, objects in the home (such as door knobs, or sink taps) Usar desinfectantes para limpiar superficies y objetos en el hogar que se tocan frecuentemente (como las perillas de las puertas, las llaves del lavabo)
- Staying home when you are sick or when you have a cold Permanecer en casa cuando estoy enfermo/a

o tengo un resfriado

- Only taking essential trips outside of the home (such as to grocery store, pharmacy, walk a pet, exercise)
Solo salir de casa para cosas esenciales (como ir al supermercado, a la farmacia, a pasear a una mascota, a hacer ejercicio)
- Practicing physical distancing (staying at least 2 metres away from people) when outside of the home
Practicar el distanciamiento social (mantenerme a una distancia de al menos 2 metros de los demás) cuando estoy fuera de casa
- Avoiding gatherings Evitar las reuniones
- Working from home Trabajar desde casa
- Wearing a mask that covers the mouth and nose Usar una mascarilla que cubra la boca y la nariz
- Prefer not to answer Prefiero no contestar

29. Have you left home for any of the following reasons in the past 7 days? *Check all that apply*

Please try to be as honest as possible. We want to understand how residents have been coping with physical distancing measures. Your answers will be kept confidential.

¿Ha salido de casa por alguna de las siguientes razones en los últimos 7 días? *Seleccione todas las opciones que correspondan.* Trate de ser lo más sincero/a posible. Queremos entender cómo manejan los residentes las medidas de distanciamiento físico. Sus respuestas serán confidenciales.

Reason Razón	Frequency Frecuencia
To go to the hospital/ doctor/ receive medical treatment, or pharmacy Para ir al hospital/al médico/a recibir tratamiento médico o a la farmacia	No, Once a week, 2-3 times a week, 4-6 times a week, Daily (drop down) No, Una vez por semana, De 2 a 3 veces por semana, De 4 a 6 veces por semana, Diario (menú desplegable)
To take care of people who need me, like children or parents Para cuidar a personas que me necesitan, como hijos o padres	“
Because you are tired of being in the house/bored Porque está cansado/a de estar en casa o aburrido/a	“
To get food for yourself, family, or friends Para comprar comida para usted mismo/a, para su familia o para sus amigos	“
To do physical activity (walking, exercising, jogging) Para hacer alguna actividad física (caminar, hacer ejercicio, correr)	“

To meet friends or family in person more than 2 metres apart Para reunirse con amigos o familia en persona a más de 2 metros de distancia	“	
To go to work Para ir a trabajar	“	

30. Where do you get your information on the COVID-19 pandemic? *Check all that apply*
 ¿Dónde obtiene su información sobre la pandemia de COVID-19? *Seleccione todas las opciones que correspondan.*

- Newspaper Local (such as Vancouver Sun, the Province, Times Colonist) Periódico local (como Vancouver Sun, the Province, Times Colonist)
- Newspaper National or International (such as Globe and Mail, New York Times, The Guardian) Periódico nacional o internacional (como Globe and Mail, New York Times, The Guardian)
- Local television news (e.g. Global, CTV) Noticiero de televisión local (p. ej., Global, CTV)
- National or International Television News (e.g. CBC, BBC, ABC, CNN) Noticiero de televisión nacional o internacional (p. ej., CBC, BBC, ABC, CNN)
- Radio news Noticiero en la radio
- Provincial Health Officer and Health Minister updates (e.g. Dr. Bonnie Henry, Minister Adrian Dix) Noticias de funcionarios de salud y ministros de salud provinciales (p. ej., Dra. Bonnie Henry, ministro Adrian Dix)
- Health Authority Website (such as BCCDC, local health authority website, Ministry of Health, Health Link BC, Public Health Agency of Canada) Sitios web de autoridades sanitarias (como el Centro de Control de Enfermedades de la Colombia Británica, el sitio web de la autoridad sanitaria local, el Ministerio de Salud, Health Link BC, el Organismo de Salud Pública de Canadá)
- Social media (e.g. Facebook, Instagram, Twitter) Redes sociales (p. ej., Facebook, Instagram, Twitter)
- Friends or family Amigos o familia
- Health care professional (such as family doctor or 8-1-1) Profesionales de atención médica (como su médico de familia o el 8-1-1)
- Talk radio Programa de radio
- Blogs/ opinion Websites Blogs/sitios web de opinión
- Other; please specify: _____ Otra opción. Sírvase especificar: _____
- I don't know No sé
- Prefer not to answer Prefiero no contestar

Section 3: Your Health

Sección 3: su salud

Question Text / Responses Texto de las preguntas/Respuestas
31. In general, would you say your health is: En general, diría que su salud es: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Excellent Excelente <input type="checkbox"/> Very good Muy buena

- Good Buena
- Fair Regular
- Poor Mala
- Prefer not to answer Prefiero no contestar

32. Compared to before the coronavirus pandemic, have some of your behaviours changed?

En comparación con antes de la pandemia del coronavirus, ¿algunos de sus comportamientos han cambiado?

Behaviour Comportamiento	Direction Dirección
Walking, running or cycling for recreation Caminar, correr o andar en bicicleta con fines recreativos	Significantly More, Somewhat More same, Somewhat Less Significantly less, Never, Prefer not to answer Considerablemente más, Un poco más, Igual, Un poco menos, Considerablemente menos, Nunca, Prefiero no contestar
Walking, running or cycling for commute Caminar, correr o andar en bicicleta para trasladarse	“
Other exercise or physical activity (e.g. not walking, running or cycling) Otro ejercicio o actividad física (p.ej., que no sean caminar, correr ni andar en bicicleta)	“
Fruit and vegetable consumption Consumo de frutas y verduras	“
Sugary beverage consumption (pop/soda, energy or sports drinks) Consumo de bebidas azucaradas (soda/refresco, bebidas vigorizantes o deportivas)	“
Sleep Dormir	“
Drink Alcohol Consumo de alcohol	“
Use Cannabis (e.g. marijuana) Consumo de cannabis (p. ej., marihuana)	“
Connecting with friends Comunicarse con amigos	“
Connecting with family Comunicarse con la familia	“
Use public transit (e.g. bus, sky train, sea bus) Uso del transporte público (p. ej.,	“

autobús, tren elevado, autobús marino)		
<p>33. Has a doctor ever diagnosed you with any of the following conditions? <i>Check all that apply</i> ¿Alguna vez un médico le ha diagnosticado alguna de las siguientes afecciones? <i>Seleccione todas las opciones que correspondan.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Diabetes Diabetes <input type="checkbox"/> High blood pressure Hipertensión <input type="checkbox"/> Heart disease Cardiopatías <input type="checkbox"/> Chronic breathing condition (e.g. asthma, chronic obstructive pulmonary disease (COPD), chronic bronchitis or emphysema) Afección respiratoria crónica (p. ej., asma, enfermedad pulmonar obstructiva crónica [EPOC], bronquitis crónica o enfisema) <input type="checkbox"/> Cancer Cáncer <input type="checkbox"/> Liver disease Enfermedad hepática <input type="checkbox"/> Kidney disease Enfermedad renal <input type="checkbox"/> Immunocompromised Inmunocomprometido <input type="checkbox"/> Overweight (BMI 25-29.9) Sobrepeso (IMC de 25 a 29.9) <input type="checkbox"/> Obese (BMI 30 or more) Obesidad (IMC de 30 o más) <input type="checkbox"/> Other; specify: Otra opción. Especifique: <input type="checkbox"/> None of the above Ninguna de las opciones anteriores <input type="checkbox"/> Prefer not to answer Prefiero no contestar 		
<p>34. Do you have a permanent or long-term disability? If so, please indicate what type. <i>Check all that apply</i> ¿Tiene una discapacidad permanente o de larga duración? De ser así, indique de qué tipo. <i>Seleccione todas las opciones que correspondan.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> I do not have a disability No tengo ninguna discapacidad <input type="checkbox"/> Vision Vista <input type="checkbox"/> Hearing Oído <input type="checkbox"/> Mobility (e.g. difficulty walking) Movilidad (p. ej., dificultad para caminar) <input type="checkbox"/> Flexibility (e.g. difficulty bending down and picking up an object) Flexibilidad (p. ej., dificultad para agacharme a recoger un objeto) <input type="checkbox"/> Dexterity (e.g. difficulty in using hands or fingers) Destreza (p. ej., dificultad para usar las manos o los dedos) <input type="checkbox"/> Pain-related Relacionada con el dolor <input type="checkbox"/> Learning (e.g. attention difficulties) Aprendizaje (p. ej., dificultad para prestar atención) <input type="checkbox"/> Developmental (e.g. autism) Del desarrollo (p. ej., autismo) <input type="checkbox"/> Mental health-related (e.g. anxiety disorder) Relacionada con mi salud mental (p. ej., trastorno de ansiedad) <input type="checkbox"/> Memory (e.g. frequent episodes of confusion) Memoria (p. ej., episodios frecuentes de confusión) <input type="checkbox"/> Other; Please specify _____ Otra opción. Sírvase especificar: _____ <input type="checkbox"/> Prefer not to answer Prefiero no contestar 		
<p>35. Are you currently pregnant? ¿Está embarazada actualmente?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Yes Sí <input type="checkbox"/> No No <input type="checkbox"/> Not applicable No corresponde <input type="checkbox"/> I don't know No sé <input type="checkbox"/> Prefer not to answer Prefiero no contestar 		
<p>36. Which of the following best describes your smoking or vaping use?</p>		

¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor sus hábitos de fumar o usar cigarrillos electrónicos?

- I have never smoked/vaped Nunca he fumado ni usado cigarrillos electrónicos
- I smoke/vape daily Fumo/uso cigarrillos electrónicos a diario
- I smoke/vape occasionally Fumo/uso cigarrillos electrónicos ocasionalmente
- I no longer smoke/vape, but I used to smoke/vape daily Ya no fumo/uso cigarrillos electrónicos, pero solía fumar/usar cigarrillos electrónicos a diario
- I no longer smoke/vape, but I used to smoke/vape occasionally Ya no fumo/uso cigarrillos electrónicos, pero solía fumar/usar cigarrillos electrónicos ocasionalmente
- I don't know No sé
- Prefer not to answer Prefiero no contestar

Section 4: Your Mental Health

Sección 4: su salud mental

Question Text / Responses Texto de las preguntas/Respuestas
37. In general, would you say your mental health is: En general, diría que su salud mental es: <input type="checkbox"/> Excellent Excelente <input type="checkbox"/> Very good Muy buena <input type="checkbox"/> Good Buena <input type="checkbox"/> Fair Regular <input type="checkbox"/> Poor Mala <input type="checkbox"/> Prefer not to answer Prefiero no contestar
38. Compared to before the coronavirus pandemic, how would you rate your mental health (such as feeling anxious, depressed or irritable) now? En comparación con antes de la pandemia del coronavirus, ¿cómo calificaría su salud mental (como sentirse ansioso/a, deprimido/a o irritable) ahora? <input type="checkbox"/> Much better Mucho mejor <input type="checkbox"/> Slightly better Ligeramente mejor <input type="checkbox"/> About the same Más o menos igual <input type="checkbox"/> Slightly worse Ligeramente peor <input type="checkbox"/> Much worse Mucho peor <input type="checkbox"/> Prefer not to answer Prefiero no contestar
39. Thinking about the amount of stress in your life, would you say that most days since the coronavirus pandemic are: Si piensa en la cantidad de estrés que hay en su vida, diría que la mayoría de los días desde la pandemia del coronavirus son: <input type="checkbox"/> Not very stressful No muy estresantes <input type="checkbox"/> A bit stressful Un poco estresantes <input type="checkbox"/> Somewhat stressful Algo estresantes <input type="checkbox"/> Quite stressful Bastante estresantes <input type="checkbox"/> Extremely stressful Extremadamente estresantes <input type="checkbox"/> Prefer not to answer Prefiero no contestar
40. How concerned are you about each of the following impacts of COVID-19?

¿Cuánto le preocupa cada uno de los siguientes impactos de COVID-19?

My own health Mi propia salud	Not at all concerned, somewhat concerned, very concerned, extremely concerned, prefer not to answer No me preocupa para nada, Me preocupa un poco, Me preocupa mucho, Me preocupa extremadamente, Prefiero no contestar
Vulnerable family members' health (e.g. elderly family members, those with chronic conditions) La salud de familiares vulnerables (p. ej., familiares ancianos, aquellos con afecciones crónicas)	“
Overloading the health system Saturar el sistema médico	“
Impacts on local businesses/economy El impacto sobre los negocios/la economía locales	“
Family stress from confinement Estrés familiar debido al encierro	“
Loss of routine, disruption of day to day life Pérdida de la rutina, alteración de la vida cotidiana	“
Uncertainty about the future Incertidumbre sobre el futuro	“
Accessing the essential goods I need (e.g. shortages, store closures, delayed shipping, long lines) Acceso a bienes esenciales que necesito (p. ej., escasez, cierre de tiendas, retraso de envíos, filas largas)	“
Violence in your home Violencia en su hogar	“

Please indicate where you are at on the following scales (slide tool question)
Por favor indique su posición en las siguientes escalas (pregunta de herramienta corrediza)

41. The novel coronavirus to me feels...
Para mí, el coronavirus se siente...
- a. Proximity
Far away from me..... Close to me
Proximidad

<p>Lejos de mí Cerca de mí</p> <p>b. Spread Spreading slowly spreading fast Propagación Se propaga lentamente se propaga rápidamente</p> <p>c. Thought consuming Something I almost never think about Something I think about all the time Consumo del pensamiento Algo sobre lo que casi nunca pienso Algo sobre lo que pienso todo el tiempo</p> <p>d. Media Not media hyped Media hyped Medios de comunicación No es exagerado por los medios Es exagerado por los medios</p> <p>f. Control Something I am able to combat with my own action Something that makes me feel helpless Control Algo que puedo combatir con mis propios actos Algo que me hace sentir indefenso</p>

<p>42. How would you describe your sense of belonging to your local community? ¿Cómo describiría su sensación de pertenencia en su comunidad local?</p> <p><input type="checkbox"/> Very strong Muy fuerte</p> <p><input type="checkbox"/> Somewhat strong Algo fuerte</p> <p><input type="checkbox"/> Somewhat weak Algo débil</p> <p><input type="checkbox"/> Very weak Muy débil</p> <p><input type="checkbox"/> I don't know No sé</p> <p><input type="checkbox"/> Prefer not to answer Prefiero no contestar</p>

<p>43. Have you used any of the following techniques more frequently to connect with family, friends, or other social groups outside of your household? <i>Check all that apply</i> ¿Ha usado alguna de las siguientes técnicas más frecuentemente para comunicarse con familiares, amigos u otros grupos sociales fuera de su hogar? <i>Seleccione todas las opciones que correspondan.</i></p> <p><input type="checkbox"/> Phone/ text Teléfono/texto</p> <p><input type="checkbox"/> Email Correo electrónico</p> <p><input type="checkbox"/> Video chatting or conference (such as FaceTime, Zoom, Microsoft Teams, Skype, etc.) Conversación por video o conferencia (como FaceTime, Zoom, Microsoft Teams, Skype, etc.)</p> <p><input type="checkbox"/> Social media Redes sociales</p> <p><input type="checkbox"/> Conversation 2 or more metres apart Conversación a 2 o más metros de distancia</p> <p><input type="checkbox"/> Other; please specify: _____ Otra opción. Sírvase especificar: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Prefer not to answer Prefiero no contestar</p>
--

Section 5: Your care

Sección 5: su atención

<p>Question Text / Responses Texto de las preguntas/Respuestas</p>

44. Since the coronavirus pandemic, have you **experienced difficulty in accessing health care** you needed from a doctor, nurse, traditional health care provider or other health professional?

Desde la pandemia del coronavirus, **¿ha sufrido dificultad para acceder a servicios de atención médica** que haya necesitado de un médico, una enfermera, un proveedor de atención médica tradicional u otro profesional médico?

- I haven't needed care No he necesitado atención
- Yes Sí
- No No
- I don't know No sé
- Prefer not to answer Prefiero no contestar

45. What kind of care have you had difficulty accessing? *Check all that apply*

¿A qué tipo de atención se le ha dificultado tener acceso? *Seleccione todas las opciones que correspondan.*

- Family doctor Médico familiar
- Scheduled surgery Cirugía programada
- Diagnostic services (imaging, endoscopy, angiography, laboratory, etc) Servicios diagnósticos (imagenología, endoscopia, angiografía, laboratorio, etc.)
- Emergency or urgent care services Servicios de atención urgente o de emergencia
- Preventive care (e.g. Immunizations/shots) Atención preventiva (p. ej., vacunación/inyecciones)
- Specialty care (e.g. dermatologist, optometrist, obstetrician, podiatrist) Atención especializada (p. ej., dermatólogo, optometrista, obstetra, podiatra)
- Complementary care (e.g. physical therapy, massage therapy, nutritionist, chiropractor) Atención suplementaria (p. ej., terapia física, terapia de masaje, nutriólogo, quiropráctico)
- Dental care Atención dental
- Counselling Terapia
- Traditional wellness/healing Bienestar/curación tradicional
- Other; please specify: _____ Otra opción. Sírvase especificar: _____
- I don't know No sé
- Prefer not to answer Prefiero no contestar

46. Since the coronavirus pandemic, have you **avoided health care** you otherwise would have had from a doctor, nurse, traditional health care provider, or other health professional?

Desde la pandemia del coronavirus, **¿ha evitado recibir servicios de atención médica** que de otro modo hubiera recibido de un médico, una enfermera, un proveedor de atención médica tradicional u otro profesional médico?

- I haven't needed care No he necesitado atención
- Yes Sí
- No No
- I don't know No sé
- Prefer not to answer Prefiero no contestar

47. What kind of care have you avoided? *Check all that apply*

¿Qué tipo de atención ha evitado? *Seleccione todas las opciones que correspondan.*

- Family doctor Médico familiar
- Scheduled surgery Cirugía programada
- Diagnostic services (imaging, endoscopy, angiography, laboratory, etc) Servicios diagnósticos (imagenología, endoscopia, angiografía, laboratorio, etc.)
- Preventive care (e.g. immunizations/shots) Atención preventiva (p. ej., vacunación/inyecciones)
- Emergency or urgent care services Servicios de atención urgente o de emergencia
- Specialty care (e.g. dermatologist, optometrist, obstetrician, podiatrist) Atención especializada (p. ej., dermatólogo, optometrista, obstetra, podiatra)

- Complementary care (e.g. physical therapy, massage therapy, nutritionist, chiropractor) Atención suplementaria (p. ej., terapia física, terapia de masaje, nutriólogo, quiropráctico)
- Dental care Atención dental
- Counselling Terapia
- Traditional wellness/healing Bienestar/curación tradicional
- Other; please specify: _____ Otra opción. Sírvase especificar: _____
- I don't know No sé
- Prefer not to answer Prefiero no contestar

48. How do you think this difficulty accessing or avoiding the care you needed has impacted your health?
¿Cómo cree que esta dificultad para acceder a los servicios de atención que necesita, o evitarlos, ha afectado su salud?

- Significantly worsened my health Ha empeorado considerablemente mi salud
- Somewhat worsened my health Ha empeorado un poco mi salud
- Has likely not impacted my health Probablemente no ha afectado mi salud
- I don't know how it has impacted my health No sé cómo ha afectado mi salud
- Prefer not to answer Prefiero no contestar

Please indicate your level of agreement:

Sírvase indicar qué tanto está de acuerdo:

49. I would be interested in connecting with a health care provider remotely, such as virtually through a video call or phone call (as appropriate), if given clear instructions on how to connect.

Me interesaría comunicarme con un proveedor de atención médica a distancia, por ejemplo, virtualmente a través de una videollamada o una llamada telefónica (lo que sea apropiado), si se me dan instrucciones claras de cómo comunicarme.

- Strongly agree Estoy totalmente de acuerdo
- Somewhat agree Estoy de acuerdo en cierta medida
- Neutral Neutral
- Somewhat disagree Estoy en desacuerdo en cierta medida
- Strongly disagree Estoy totalmente en desacuerdo
- Prefer not to answer Prefiero no contestar

Section 7: Your Perception

Sección 7: su percepción

Question Text / Responses Texto de las preguntas/Respuestas

50. Do you think the public health response to the current coronavirus pandemic in British Columbia is appropriate, too extreme, or not sufficient? (e.g. recommendation of physical distancing, mandatory quarantine of returning travelers, closure of restaurants and bars, banning gatherings over 50 people)
¿Cree usted que la respuesta de salud pública a la pandemia actual del coronavirus en la Colombia Británica es adecuada, demasiado extrema o insuficiente? (p. ej., recomendación de distanciamiento físico, cuarentena obligatoria de viajeros que vuelven, cierre de restaurantes y bares, prohibición de reuniones de más de 50 personas)

- Much too extreme Es demasiado extrema
- Somewhat too extreme Es algo extrema
- Appropriate Es apropiada

- Somewhat insufficient Es algo insuficiente
- Not sufficient at all No es suficiente en absoluto
- I don't know No sé
- Prefer not to answer Prefiero no contestar

51. How well do you think **you are doing** at following the current recommendations of physical distancing?
 ¿Qué tan bien cree que **está cumpliendo** las siguientes recomendaciones actuales de distanciamiento físico?

- Very well Muy bien
- Somewhat well Relativamente bien
- Neutral Neutral
- Somewhat poorly Relativamente mal
- Very poorly Muy mal
- I don't know No sé
- Prefer not to answer Prefiero no contestar

52. How well do you think **the public is doing** at following the current recommendations of physical distancing?
 ¿Qué tan bien cree que **está cumpliendo el público** las siguientes recomendaciones actuales de distanciamiento físico?

- Very well Muy bien
- Somewhat well Relativamente bien
- Neutral Neutral
- Somewhat poorly Relativamente mal
- Very poorly Muy mal
- I don't know No sé
- Prefer not to answer Prefiero no contestar

53. In your opinion, how effective are physical distancing measures to slow down the spread of the coronavirus?
 En su opinión, ¿qué tan efectivas son las medidas de distanciamiento físico para disminuir la propagación del coronavirus?

- Not at all effective Absolutamente nada efectivas
- Not effective No son efectivas
- Neither effective nor ineffective No son ni efectivas ni inefectivas
- Effective Efectivas
- Very effective Muy efectivas
- I don't know No sé
- Prefer not to answer Prefiero no contestar

54. Would you visit/patron a business that is not considered essential if they had good measures in place such as space to allow for physical distancing and frequent disinfecting of surfaces.
 ¿Visitaría/sería cliente de un negocio que no se considere esencial si han establecido buenas medidas, como espacio para permitir el distanciamiento físico y desinfección frecuente de superficies?

- Very comfortable visiting Me sentiría muy cómodo en visitarlo
- Somewhat comfortable visiting Me sentiría algo cómodo en visitarlo
- Neither comfortable or uncomfortable visiting No me sentiría ni cómodo ni incómodo en visitarlo
- Somewhat uncomfortable visiting Me sentiría algo incómodo en visitarlo
- Very uncomfortable visiting Me sentiría muy incómodo en visitarlo
- Prefer not to answer Prefiero no contestar

Some countries are promoting smart phone apps that record where a person has been and who they have contacted. If someone becomes positive with COVID-19, they can choose to provide this information to public health to follow up their contacts and travel locations to minimize the spread of infection. If enough people

adopt this kind of technology:

Algunos países están promoviendo aplicaciones de teléfonos inteligentes que graban el lugar donde alguien ha estado y con quién ha estado en contacto. Si alguien tiene un resultado positivo de COVID-19, pueden optar por proporcionar esta información al departamento de salud pública para dar seguimiento a sus contactos y a los sitios donde estuvo para minimizar la propagación de la infección. Si suficientes personas adoptan este tipo de tecnología:

- 1) it could help protect your community,
podría ayudar a proteger a su comunidad,
- 2) may allow public health measures to be relaxed or lifted more quickly and thoughtfully, and
podría permitir que las medidas de salud pública se relajen o se levanten más rápida y cuidadosamente, y
- 3) you would be told immediately if you may have been exposed to COVID-19.
se le avisaría de inmediato si podría haber estado expuesto/a la COVID-19.

55. Would you be willing to use a location based service on your smart phone to support contact tracing and help reduce COVID-19 transmission?

¿Estaría dispuesto/a a usar un servicio basado en su ubicación en su teléfono inteligente para apoyar el rastreo de contactos y ayudar a reducir la transmisión de COVID-19?

- Yes Sí
- Maybe Quizá
- No No
- I don't know No sé
- Prefer not to answer Prefiero no contestar

Section 8: Your Household

Sección 8: su casa

Question Text / Responses	Texto de las preguntas/Respuestas
---------------------------	-----------------------------------

56. What type of home do you live in?

¿En qué tipo de vivienda reside?

- Single detached home Casa individual no adosada
- Semi-detached home (double) or duplex Casa semiadogada (doble) o dúplex
- Townhouse (row or terrace) Casa adogada (en fila o hilera)
- Basement suite Departamento en un sótano
- Laneway house Casa en un callejón
- Apartment or condo Departamento o condominio
- Residential care or long term care facility Atención residencial o centro de atención prolongada
- Mobile home Casa móvil
- Dormitory Dormitorio
- Shelter/Hostel Albergue/hostal
- Single room occupancy hotel Habitación sencilla en un hotel
- Supportive Housing Vivienda de apoyo

- I have no permanent home No tengo hogar permanente
- Other Otra opción
- Prefer not to answer Prefiero no contestar

57. Do you live by yourself?

¿Vive usted solo/a?

- Yes Sí
- No No
- Prefer not to answer Prefiero no contestar

58. Please indicate the number of people in each age range who live in your household, including yourself.

Sírvase indicar la cantidad de personas en cada grupo etario que vive en su casa, incluido/a usted.

Age Category Categoría de edad	Number of people Cantidad de personas	Number of people who have been sick with symptoms such as fever and/or new or worsening cough since January 1, 2020 Cantidad de personas que han estado enfermas con síntomas como fiebre o tos reciente o que ha empeorado desde el 1 de enero de 2020
Aged less than 1 year Menos de 1 año de edad		
Aged 1-4years De 1 a 4 años de edad		
Aged 5-12 years De 5 a 12 años de edad		
Aged 13-17 years De 13 a 17 años de edad		
Aged 18-39 years De 18 a 39 años de edad		
Aged 40-64 years De 40 a 64 años de edad		
Aged 65-79 years De 65 a 79 años de edad		
Aged 80 or more years 80 años de edad o más		

59. To prevent the spread of COVID-19, people who are sick are asked to self-isolate by staying at home and avoiding contact with others. This includes staying and sleeping in a separate room, using a separate bathroom, and keeping at least 2 metres away from others.

Para evitar la propagación de COVID-19, se les pide a las personas que están enfermas que se aíslen quedándose en su hogar y que eviten el contacto con los demás. Esto incluye permanecer y dormir en un cuarto separado, usar un baño separado y mantenerse a una distancia de por lo menos 2 metros de los demás.

Do you have a place where you could self-isolate?

¿Tiene un lugar donde pueda aislarse?

- Yes – I can self-isolate from my household members in my own home
Sí - puedo aislarme de los miembros de mi hogar en mi propia casa
- Yes – I or my household members could stay with someone else
Sí - yo o los miembros de mi hogar podemos quedarnos con alguien más
- No – I have no permanent home
No - no tengo un hogar permanente
- No – I could not self-isolate from my household members
No - no podría aislarme de los miembros de mi hogar
- Prefer not to answer
Prefiero no contestar

Section 9: Your Children

Sección 9: sus hijos

Question Text / Responses	Texto de las preguntas/Respuestas
---------------------------	-----------------------------------

60. Since the coronavirus pandemic, have you lost child care for your children aged 1-4 years?	Desde la pandemia del coronavirus, ¿ha perdido su acceso a la guardería para sus hijos de 1 a 4 años de edad?
--	---

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Yes, child care facility closed | Sí, la guardería cerró |
| <input type="checkbox"/> Yes, I chose to take my children out of child care | Sí, decidí sacar a mis hijos de la guardería |
| <input type="checkbox"/> No | No |
| <input type="checkbox"/> I do not use external child care | No uso una guardería externa |
| <input type="checkbox"/> Prefer not to answer | Prefiero no contestar |

61. With schools being closed to in person instruction, how has this impacted your school-aged child's, or your children's, learning?	Ya que las escuelas están cerradas para clases presenciales, ¿cómo ha afectado esto el aprendizaje de sus hijos de edad escolar?
---	--

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Significantly impaired their learning | Ha afectado considerablemente su aprendizaje |
| <input type="checkbox"/> Somewhat impaired their learning | Ha afectado en cierta medida su aprendizaje |
| <input type="checkbox"/> No change in their learning | No ha habido cambios en su aprendizaje |
| <input type="checkbox"/> Somewhat improved their learning | Ha mejorado en cierta medida su aprendizaje |
| <input type="checkbox"/> Significantly improved their learning | Ha mejorado considerablemente su aprendizaje |
| <input type="checkbox"/> My school-aged children still go to school | Mis hijos de edad escolar aún van a la escuela |
| <input type="checkbox"/> Prefer not to answer | Prefiero no contestar |

62. With schools being closed to in person instruction, how has this impacted your school-aged child's, or your	
---	--

children's, wellbeing?

Ya que las escuelas están cerradas para clases presenciales, ¿cómo ha afectado esto el bienestar de sus hijos de edad escolar?

Physical activity Actividad física	Significantly More, Somewhat More same, Somewhat Less, Significantly less, Never Considerablemente más, Un poco más, Igual, Un poco menos, Considerablemente menos, Nunca
Stress Estrés	“
Screen time Tiempo delante de una pantalla	“
Fruit and vegetable consumption Consumo de frutas y verduras	“
Sugary beverage consumption Consumo de bebidas azucaradas	“
Connecting with friends Comunicación con los amigos	“
Connecting with family Comunicación con la familia	“

Section 10: Your Circumstances

Sección 10: sus circunstancias

Question Text / Responses	Texto de las preguntas/Respuestas
63. Are you currently working? <i>Check all that apply</i>	<p>¿Está trabajando actualmente? <i>Seleccione todas las opciones que correspondan.</i></p> <p><input type="checkbox"/> Yes-going in to office/workplace Sí - voy a la oficina/al sitio de trabajo</p> <p><input type="checkbox"/> Yes-remotely Sí - remotamente</p> <p><input type="checkbox"/> Yes-with reduced hours due to COVID-19 Sí - con horas reducidas debido a la COVID-19</p> <p><input type="checkbox"/> Yes-with increased hours due to COVID-19 Sí - más horas debido a la COVID-19</p> <p><input type="checkbox"/> No- due to COVID-19 (laid off, business closed, company policy, etc.) No - debido a la COVID-19 (despido, el negocio cerró, política de la compañía, etc.)</p> <p><input type="checkbox"/> No - other reason (e.g. student, unemployed, retired, etc.) No – otra razón (p. ej., estudiante, desempleado, jubilado, etc.)</p> <p><input type="checkbox"/> Prefer not to answer Prefiero no contestar</p>
64. How has the coronavirus pandemic affected your work (e.g. productivity, stress, financially, children at home etc)?	<p>¿Cómo ha afectado su trabajo la pandemia del coronavirus (p. ej., productividad, estrés, económicamente, los hijos están en casa, etc.)?</p> <p><input type="checkbox"/> Significantly impaired my work Ha alterado considerablemente mi trabajo</p> <p><input type="checkbox"/> Somewhat impaired my work Ha alterado mi trabajo en cierta medida</p>

- No change in my work No ha habido cambios en mi trabajo
- Somewhat improved my work Ha mejorado mi trabajo en cierta medida
- Significantly improved my work Ha mejorado mi trabajo considerablemente
- Prefer not to answer Prefiero no contestar

65. Since the coronavirus pandemic, how has it been for you or your household to meet its financial needs?
Desde la pandemia del coronavirus, ¿cómo han podido usted o los miembros de su hogar satisfacer sus necesidades económicas?

- Much more difficult Ha sido mucho más difícil
- Somewhat more difficult Ha sido un poco más difícil
- Neither more difficult nor easier No ha sido ni más difícil ni más fácil
- Somewhat easier Ha sido un poco más fácil
- Much easier Ha sido mucho más fácil
- I don't know No sé
- Prefer not to answer Prefiero no contestar

66. If the current public health response to the coronavirus pandemic does not change for the next few months, what will happen to your financial situation? (e.g. recommendation of physical distancing, mandatory quarantine of returning travelers, closure of restaurants and bars, banning gatherings over 50 people)
Si la respuesta actual de salud pública a la pandemia del coronavirus no cambia durante los siguientes meses, ¿qué sucederá con su situación económica? (p. ej., recomendación de distanciamiento físico, cuarentena obligatoria de viajeros que vuelven, cierre de restaurantes y bares, prohibición de reuniones de más de 50 personas)

- Significantly worse Empeorará considerablemente
- Somewhat worse Empeorará en cierta medida
- No change No habrá cambios
- Somewhat better Mejorará en cierta medida
- Significantly better Mejorará considerablemente
- I don't know No sé
- Prefer not to answer Prefiero no contestar

Please indicate whether the following statement is often true, sometimes, or never true since the COVID-19 pandemic.

Sírvase indicar si la siguiente afirmación es cierta frecuentemente, a veces o nunca desde la pandemia de COVID-19.

67. You worry that food will run out before you get money to buy more.

Le preocupa que se le acabe la comida antes de recibir dinero para comprar más.

- Often true Es cierto frecuentemente
- Sometimes true Es cierto a veces
- Never true Nunca es cierto
- I don't know No sé
- Prefer not to answer Prefiero no contestar

68. How likely is it that you will need to move within the next 6 months because you can no longer afford your current home?

¿Qué tan probable es que necesite mudarse en los próximos 6 meses porque ya no puede pagar el costo de su vivienda actual?

- Very likely Muy probable
- Likely Probable
- Neither likely nor unlikely Ni probable ni improbable
- Unlikely Improbable
- Very unlikely Muy improbable

- I don't know No sé
- Prefer not to answer Prefiero no contestar

69. Have you applied for any of the following financial relief services? Check all that apply
 ¿Ha solicitado alguno de los siguientes servicios de apoyo económico? Seleccione todas las opciones que correspondan.

- I have not needed financial relief services No he necesitado servicios de apoyo económico
- Mortgage deferral Aplazamiento de hipoteca
- Unemployment insurance Seguro de desempleo
- Credit card payment deferral Aplazamiento de pago de tarjeta de crédito
- Credit card interest reduction Reducción de intereses de tarjeta de crédito
- Canada emergency wage subsidy for business owners Subsidio salarial de emergencia de Canadá para dueños de negocios
- Canada emergency response benefit for eligible workers who have lost their income Beneficio de respuesta de emergencia de Canadá para trabajadores que perdieron sus ingresos y que reúnen los requisitos
- Other; please specify: _____ Otra opción. Sírvase especificar: _____
- Prefer not to answer Prefiero no contestar

Section 11: Your Occupation

Sección 11: su ocupación

Question Text / Responses Texto de las preguntas/Respuestas

70. As of March 2020, what occupation or industry did you most recently work in?

A partir de marzo de 2020, ¿en qué ocupación o industria trabajó más recientemente?

- I do not work, am retired, or do unpaid work No trabajo, estoy jubilado/a o hago trabajo no remunerado
- Accommodation and food services Servicios de hospedaje y alimentos
- Administrative and support, waste management, and remediation services Servicios de administración y apoyo, de gestión de desechos y de descontaminación
- Agriculture, forestry, fishing and hunting Agricultura, silvicultura, pesca y cacería
- Arts, entertainment and recreation Arte, entretenimiento y recreación
- Construction Construcción
- Educational services Servicios educativos
- Finance and insurance Finanzas y seguros
- Health care Atención médica
- Information and cultural industries Industrias de información y cultura
- Management of companies and enterprises Gestión de compañías y empresas
- Manufacturing Fabricación
- Mining, quarrying, and oil and gas extraction Minería, excavación, y extracción de petróleo y gas
- Professional, scientific and technical services Servicios profesionales, científicos y técnicos
- Public administration (local, provincial, or federal government) Administración pública (del gobierno local, provincial o federal)
- Real estate and rental and leasing Bienes raíces, renta y arrendamiento
- Retail trade Comercio al menudeo

<input type="checkbox"/> Social assistance Asistencia social <input type="checkbox"/> Transportation and warehousing Transporte y almacenamiento <input type="checkbox"/> Utilities Servicios públicos <input type="checkbox"/> Wholesale trade Comercio al mayoreo <input type="checkbox"/> Other services (except public administration); please specify: Otros servicios (excepto administración pública). Sírvase especificar: <input type="checkbox"/> Prefer not to answer Prefiero no contestar
<p>71. In your occupation, how frequently do you have direct contact with members of the public, not including coworkers? En su ocupación, ¿con qué frecuencia tiene contacto directo con miembros del público, sin incluir a sus compañeros de trabajo?</p> <input type="checkbox"/> All the time Todo el tiempo <input type="checkbox"/> Almost all the time Casi todo el tiempo <input type="checkbox"/> Some of the time Parte del tiempo <input type="checkbox"/> Rarely Rara vez <input type="checkbox"/> None of the time Nunca <input type="checkbox"/> I don't know No sé
<p>72. How often does your work environment allow for physical distancing with co-workers (such as enabling remote work, separate offices, virtual meetings, etc.)? ¿Con qué frecuencia le permite su ambiente de trabajo tener distanciamiento físico con sus compañeros de trabajo (como habilitar el trabajo a distancia, oficinas separadas, juntas virtuales, etc.)?</p> <input type="checkbox"/> All the time Todo el tiempo <input type="checkbox"/> Almost all the time Casi todo el tiempo <input type="checkbox"/> Some of the time Parte del tiempo <input type="checkbox"/> Rarely Rara vez <input type="checkbox"/> None of the time Nunca <input type="checkbox"/> I don't know No sé
<p>73. Are you able to stay home from work when you are sick? ¿Puede faltar al trabajo cuando se enferma?</p> <input type="checkbox"/> Yes Sí <input type="checkbox"/> No – I do not have sick leave benefits No – no tengo beneficios de licencia por enfermedad <input type="checkbox"/> No - work culture prevents me from staying home while sick No - la cultura laboral me impide faltar al trabajo cuando me enfermo <input type="checkbox"/> No - I feel too guilty No - me siento demasiado culpable <input type="checkbox"/> No - I do not feel that I have job security No - no siento que tengo seguridad laboral <input type="checkbox"/> No - No one else can do my job No – nadie más puede hacer mi trabajo <input type="checkbox"/> No – Other; please specify: No - Otra opción. Sírvase especificar: <input type="checkbox"/> Prefer not to answer Prefiero no contestar

Section 12: Your Socio-demographics

Sección 12: sus datos sociodemográficos

Question Text / Responses Texto de las preguntas/Respuestas
74. Can you estimate your household income, before taxes and deductions, from all sources for the last calendar

(tax) year?

Household refers to all family (related) members of your household (exclude roommates). If you live alone, enter your personal income.

¿Puede calcular los ingresos en su hogar, sin incluir impuestos ni deducciones, de todas las fuentes en el último año natural (fiscal)?

Hogar se refiere a todos los familiares (parientes) que vivan en su casa (excluyendo a los compañeros de cuarto). Si vive solo/a, ponga su ingreso personal.

- Under \$20,000 Menos de \$20,000
- \$20,000 to \$39,999 De \$20 000 a \$39 999
- \$40,000 to \$59,999 De \$40 000 a \$59 999
- \$60,000 to \$79,999 De \$60 000 a \$79 999
- \$80,000 to \$99,999 De \$80 000 a \$99 999
- \$100,000 to \$119,999 De \$100 000 a \$119 999
- \$120,000 to \$139,999 De \$120 000 a \$139 999
- \$140,000 to \$159,999 De \$140 000 a \$159 999
- \$160,000 to \$179,999 De \$160 000 a \$179 999
- \$180,000 to \$199,999 De \$180 000 a \$199 999
- \$200,000 and over \$200 000 y más
- I don't know No sé
- Prefer not to answer Prefiero no contestar

75. Were you born in Canada?

¿Nació usted en Canadá?

- Yes Sí
- No No
- I don't know No sé
- Prefer not to answer Prefiero no contestar

76. How long have you been in Canada?

¿Cuánto tiempo lleva en Canadá?

- Less than 1 year Menos de 1 año
- 1-2 years De 1 a 2 años
- 3-5 years De 3 a 5 años
- 6-10 years De 6 a 10 años
- 10 or more years 10 años o más
- Prefer not to answer Prefiero no contestar

77. Do you consider yourself to be (check all that apply)

Usted se considera (seleccione todas las opciones que correspondan)

- First Nations Primeras Naciones
- Métis Métis
- Inuit Inuit
- White (European descent) Blanco/a (de ascendencia europea)
- Chinese Chino/a
- South Asian (e.g. East Indian, Pakistani, Sri Lankan) Sudasiático/a (p. ej., indonesio/a, paquistaní, ceilanés/ceilanesa)
- Black (e.g. African or Caribbean) Negro/a (p. ej., africano/a o caribeño/a)
- Filipino Filipino/a
- Latin American/ Hispanic Latinoamericano/a o hispano/a
- Southeast Asian (e.g. Vietnamese, Cambodian, Malaysian, Laotian) Asiático/a del sureste (p. ej., vietnamita, camboyano/a, malasio/a, laosiano/a)

<input type="checkbox"/> Arab Árabe <input type="checkbox"/> West Asian (e.g. Iranian, Afghan) Asiático/a occidental (p. ej., iraní, afgano/a) <input type="checkbox"/> Korean Coreano <input type="checkbox"/> Japanese Japonés <input type="checkbox"/> Other, please specify: _____ Otra opción. Sírvase especificar: _____ <input type="checkbox"/> Prefer not to answer Prefiero no contestar
78. Do you live on reserve? ¿Vive en una reserva? <input type="checkbox"/> Yes, full-time Sí, a tiempo completo <input type="checkbox"/> Yes, part-time/ seasonally Sí, a medio tiempo/estacionalmente <input type="checkbox"/> No No <input type="checkbox"/> Prefer not to answer Prefiero no contestar
79. Are you status First Nations? ¿Es miembro registrado de las Primeras Naciones? <input type="checkbox"/> Yes Sí <input type="checkbox"/> No No <input type="checkbox"/> I don't know No sé <input type="checkbox"/> Prefer not to answer Prefiero no contestar
80. What is the highest level of education you have completed? ¿Cuál es el nivel de escolaridad más alto que completó? <input type="checkbox"/> Less than high school graduation Menos de graduación de secundaria/preparatoria <input type="checkbox"/> High school graduation Graduación de secundaria/preparatoria <input type="checkbox"/> Trade certificate of diploma from a vocational school or apprenticeship training Certificado o diploma de oficio de una escuela vocacional o capacitación para aprendices <input type="checkbox"/> Non-university certificate or diploma from a community college, CEGEP or nursing school Certificado o diploma no universitarios de un instituto comunitario de enseñanza superior, un instituto preuniversitario o una escuela de enfermería <input type="checkbox"/> University certificate below bachelor's level Certificado universitario menor del nivel de licenciatura <input type="checkbox"/> Bachelor's degree Título de licenciatura <input type="checkbox"/> Graduate degree (such as a Masters or Doctorate) Título de posgrado (como maestría o doctorado) <input type="checkbox"/> Prefer not to answer Prefiero no contestar

Section 13: What Changed

Sección 13: qué cambió

Question Text / Responses Texto de las preguntas/Respuestas
81. What has changed for the better for you since the coronavirus pandemic? (list 1 or 2 things, if any) ¿Qué cambió positivamente para usted desde la pandemia del coronavirus? (enumere 1 o 2 cosas, si corresponde) [Free Text/Texto libre]
82. What has changed for the worse for you since the coronavirus pandemic? (list 1 or 2 things, if any) ¿Qué cambió negativamente para usted desde la pandemia del coronavirus? (enumere 1 o 2 cosas, si corresponde) [Free Text/Texto libre]

Section 14: Your Help

Sección 14: su ayuda

Question Text / Responses	Texto de las preguntas/Respuestas
	<p>There are two more ways you can help public health in British Columbia respond to the COVID-19 pandemic. Hay dos formas más en que puede ayudar al departamento de salud pública de la Colombia Británica a responder a la pandemia de COVID-19.</p> <p>1) COVID-19 Community Immunity Assessment: Evaluación de Inmunidad Comunitaria de COVID-19</p> <p>By providing a blood sample in an outpatient lab setting, you can find out whether you have been exposed to the 2019 novel coronavirus. This information will allow us to estimate how many people in BC have been exposed. Al proporcionar una muestra de sangre en un laboratorio ambulatorio, usted puede averiguar si ha estado expuesto/a al nuevo coronavirus 2019. Esta información nos permitirá calcular cuántas personas de la Colombia Británica han estado expuestas.</p> <p>2) COVID-19 Early Warning Network: Red de Alerta Oportuna de COVID-19</p> <p>By periodically providing information on any symptoms you may experience, we can more quickly and accurately identify areas of the province that may be affected by COVID-19. This will allow public health to quickly respond to future waves of the outbreak with the goal to help those affected by illness, control the spread of infection and minimize the impact on day to day life. Al proporcionar información periódicamente sobre cualquier síntoma que pudiera sufrir, podemos identificar más rápida y precisamente las áreas de la provincia que pudieran verse afectadas por la COVID-19. Esto le permitirá al departamento de salud pública responder rápidamente a oleadas futuras del brote con el fin de ayudar a aquellos afectados por la enfermedad, a controlar la propagación de la infección y a minimizar el impacto en la vida cotidiana.</p> <p>You can indicate your interest in participating in each of these initiatives below and we will contact you with more program information and directions on how to proceed. Puede indicar a continuación su interés en participar en cada una de estas iniciativas y nos pondremos en contacto con usted para brindarle más información sobre el programa e instrucciones sobre cómo proceder.</p>
83. Would you be interested in participating in the COVID-19 Community Immunity Assessment? ¿Le interesaría participar en la Evaluación de Inmunidad Comunitaria de COVID-19?	<input type="checkbox"/> Yes Sí <input type="checkbox"/> No No
84. Would you be interested in participating in the COVID-19 Early Warning Network? ¿Le interesaría participar en la Red de Alerta Oportuna de COVID-19?	<input type="checkbox"/> Yes Sí <input type="checkbox"/> No No
	Your willingness to actively support BC's response to COVID-19 is greatly appreciated. Se le agradece enormemente su disposición para apoyar activamente la respuesta de la Colombia Británica a la

COVID-19.

85. Please provide your email address, phone number and personal health number below.

Your PHN will be used to prefill your lab requisition, identify your blood sample result, and help with meaningful population level analysis to support the COVID-19 response. There are very strict privacy practices in place to protect your identity and all results will be analyzed at population levels (never individual analysis). Your email address and phone number will be used to follow up with you regarding participation in the additional initiatives.

A continuación, sírvase proporcionar su dirección de correo electrónico, su número telefónico y su número personal de salud. Su número personal de salud (personal health number, PHN) se usará para prellenar su requisición de laboratorio, identificar el resultado de su muestra de sangre y ayudar con análisis de niveles significativos de población para apoyar la respuesta a COVID-19. Se han establecido prácticas de privacidad muy estrictas para proteger su identidad, y todos los resultados se analizarán a nivel de población (nunca serán análisis individuales). Usaremos su dirección de correo electrónico y su número telefónico para comunicarnos con usted con respecto a su participación en las iniciativas adicionales.

Your PHN, email address, and phone number will be stored securely and separately from your survey responses. Su número personal de salud, su dirección de correo electrónico y su número telefónico se almacenarán de forma segura y separados de sus respuestas de la encuesta.

You can find your PHN as the 10 digit number on your Care Card or the 10 digit number on the back of your BC Driver's License or Services Card.

Su número personal de salud son los 10 dígitos que se encuentran en su Care Card o los 10 dígitos que se encuentran en la parte posterior de su licencia para conducir o su tarjeta de servicios de la Colombia Británica.

Email (lowercase) Correo electrónico (minúsculas) _____

Phone Número telefónico _____

PHN (10 digits, no spaces) Número personal de salud (10 dígitos, sin espacios) _____

Thank you for helping British Columbia combat COVID-19!

¡Gracias por ayudar a la Colombia Británica a combatir la COVID-19!