



## Encuesta comunitaria sobre la vacuna COVID-19

Anticipándose al lanzamiento de la vacuna COVID-19 en nuestra comunidad, RCMS está preparando una lista de personas que están dispuestas a recibir esta vacuna. Esta lista se desglosará por los niveles de prioridad que requiere la salud pública estatal y del condado para la distribución de vacunas.

La disponibilidad de la vacuna, en este momento, está totalmente controlada por el departamento de Salud Pública. RCMS no tiene la capacidad de obtener las vacunas directamente; debe provenir de Salud Pública. Salud Pública decide cuándo y cuántas vacunas se proporcionarán a RCMS.

Tener su nombre en la lista ayuda a planificar la distribución de la vacuna, pero no garantiza que reciba una. Esta es una encuesta voluntaria y la información es solo para el plan de distribución de vacunas de RCMS.

### 1. Información del contacto

(Esta pregunta requiere una respuesta. Se necesita una dirección de correo electrónico para contactarlo.)

Nombre	_____
Empresa	_____
Dirección física	_____
Dirección de envío	_____
Ciudad	_____
Estado	_____
Código postal	_____
País	_____
Dirección de correo electrónico	_____
Número de teléfono	_____

### 2. Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)

(Esta pregunta requiere una respuesta.)

\_\_\_\_\_

### 3. ¿Eres un paciente establecido de RCMS?

(Esta pregunta requiere una respuesta.)

- Si  
 No

4. **¿Historial de anafilaxia (una reacción alérgica grave que debe tratarse de inmediato)?**  
(Esta pregunta requiere una respuesta.)

- Si
- No

5. **Profesión / voluntario - por favor ingrese un comentario**  
(Esta pregunta requiere una respuesta.)

- Trabajador medico (MD/PA/NP/RN/MA, etc)
  - Primer resondedor (EMT/Paramedic, etc)
  - Cuidador medico
  - Profesor
  - Maestro
  - Cuidador infantil
  - Bombero
  - Trabajador de atención médica a domicilio
  - Trabajador de salud pública
  - Policía / aplicación de la ley
  - Trabajador de la cárcel
  - Trabajador dental
  - Trabajador de laboratorio
  - Trabajador de farmacia
  - Terapia física / ocupacional
  - Trabajador de la tienda de abarrotes
  - Trabajador de tienda (no comestibles)
  - Trabajador de restaurante
  - Trabajador de alcantarillado / aguas residuales / servicios públicos
  - Retirado
  - Otra profesión (especificar)
- 

6. **¿Vives en un hogar de ancianos?**  
(Esta pregunta requiere una respuesta.)

- Si
- No

7. **¿Está experimentando la falta de vivienda?**  
(Esta pregunta requiere una respuesta.)

- Si
- No

**8. ¿Vives en una instalación residencial?**  
(Esta pregunta requiere una respuesta.)

- Si
- No

**9. ¿Le han diagnosticado COVID-19 en el pasado?**  
(Esta pregunta requiere una respuesta.)

- Si
- No

**10. ¿Tiene alguna condición preexistente?**  
(Esta pregunta requiere una respuesta.)

- Si
- No

**11. Si es así, ¿cuál es/son su(s) condición(es) preexistente?**

- Asma / EPOC / enfermedad pulmonar crónica
  - Cardiopatía
  - Diabetes
  - Inmunodeprimido
  - Obesidad
  - Ninguna de las anteriores
  - Otro (por favor especifique):
- 

Envíela por correo a:

Dawn McQuarrie  
RCMS  
PO Box 1100  
Gualala CA 95445

Los resultados se mantendrán confidenciales. Gracias.