Dirección General de ESTADÍSTICA Y CENSOS
Ministerio de Hacienda y Finanzas

Estudio de Seroprevalencia COVID -19 CABA.
ESECO211 - Cuestionario SPA

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA VIVIENDA

Área ____ Barrio ____ Comuna ____ Fracción ____ Radio ____ Manzana ____ Casa/Enc. ____

Calle ____ Nro. ____ Piso ____ Dpto. ____ Hab. ____ Torre/Cuerpo ____

DATOS DEL RELEVADOR

Apellido y Nombre ____ Nº ____

(CARÁCTER ESTRICTAMENTE CONFIDENCIAL Y RESERVADO - LEY 17.622)

"**Artículo 10:** Las informaciones que se suministran a los organismos que integran el Sistema Estadístico Nacional, en cumplimiento de la presente ley serán estrictamente secretas y sólo se utilizarán con fines estadísticos. Los datos deberán ser suministrados y publicados en compilaciones de conjunto, de modo que no pueda ser violado el secreto comercial o patrimonial, ni individualizarse las personas o entidades a quienes se refieran."

DATOS DE LA VISITA

F1

Visitas efectuadas a la vivienda

Nº	FECHA	HORA	OBSERVACIONES
1	/ /2021		
2	/ /2021		
3	/ /2021		
4	/ /2021		
5	/ /2021		
6	/ /2021		
7	/ /2021		
8	/ /2021		

Observaciones ____

DV1

¿Puede realizar la entrevista?

1. Sí ☐
2. No ☐ → **DV3**

DV2

Fecha de la entrevista ____ / ____ / 2021

DV6

¿Alguna vez un médico o personal de salud le dijo que tenía dengue a usted o a otra persona de esta vivienda?

1. Sí ☐
2. No ☐

DV4

¿Alguna persona de esta vivienda fue diagnosticada con COVID-19 positivo hace menos de 14 días?

1. Sí ☐ → **FIN DE LA ENTREVISTA**
2. No ☐

DV5

¿En esta vivienda vive y está presente alguna persona de 18 años o más?

1. Sí ☐ → **CP**
2. No ☐ → **FIN DE LA ENTREVISTA**

DV3

¿Por qué motivo no pudo realizar la entrevista?

1. La vivienda está deshabitada ☐
2. La vivienda está demolida ☐
3. La vivienda se usa solo los fines de semana o muy esporádicamente ☐
4. La vivienda está en construcción y allí no vive nadie ☐
5. La vivienda se usa como establecimiento y no tiene uso residencial ☐
6. En la dirección de referencia no se encuentra la vivienda especificada ☐
7. Los habitantes de la vivienda están ausentes ☐
8. Los habitantes de la vivienda rechazan ser entrevistados ☐
11. La persona seleccionada no vive más en la vivienda ☐
12. No se puede contactar a la persona seleccionada ☐
9. Otras causas ☐
   → Especifique ____

HABITANTES DE LA VIVIENDA

F2

CP ¿Cuántas personas viven habitualmente en esta vivienda? ____

	P1	P2	P3	P4
	Por favor, nombre todas las personas que habitan esta vivienda, empezando por usted. No olvide bebés y niños.	Sexo *(declarado por el encuestado/a)*	¿Cuántos años cumplidos tiene en este momento? *Si tiene menos de un año anote 0*	¿Cuál es el próximo en cumplir años? (18+)
1		1. Varón ☐ 2. Mujer ☐		☐
2		1. Varón ☐ 2. Mujer ☐		☐
3		1. Varón ☐ 2. Mujer ☐		☐
4		1. Varón ☐ 2. Mujer ☐		☐
5		1. Varón ☐ 2. Mujer ☐		☐
6		1. Varón ☐ 2. Mujer ☐		☐
7		1. Varón ☐ 2. Mujer ☐		☐
8		1. Varón ☐ 2. Mujer ☐		☐
9		1. Varón ☐ 2. Mujer ☐		☐
10		1. Varón ☐ 2. Mujer ☐		☐

FORMULARIO INDIVIDUAL

F3

P12 Nombre de la persona seleccionada ____

SP1 ¿La persona seleccionada está presente?
1. Sí ☐ → **S1**
2. No ☐

SP2 Nº celular de la persona seleccionada: ____

SP3 Teléfono fijo de la vivienda: ____

SP4 Pactar cita: ___ / ___ / 2021
___ : ___ hs → **VOLVER A VISITAR**

SP6 Retomar la entrevista
1. Sí ☐
2. Ausente reiterado ☐
3. Rechazo ☐
→ **FIN DE LA ENTREVISTA**

S1 **¿La persona seleccionada aceptó firmar el consentimiento?** 1. Sí ☐ 2. No ☐ → **FIN DE LA ENTREVISTA**

S2 **¿La persona seleccionada aceptó contestar el cuestionario?** 1. Sí ☐ 2. No ☐ → **FIN DE LA ENTREVISTA**

S3 **¿La persona seleccionada aceptó realizarse el test?** 1. Sí ☐ 2. No ☐ → **FIN DE LA ENTREVISTA**

D1 **¿Alguna vez le hicieron la prueba para ver si estaba infectado/a con COVID-19 con una muestra de la garganta o la nariz?** 1. Sí ☐ 2. No ☐ → **D6**

D2 **¿Cuántas pruebas le hicieron?**
1. Una ☐
2. Más de una ☐ → **D3** **¿Cuántas?** ____

D4 **¿Hace cuánto le hicieron la última prueba?**
1. Menos de 14 días ☐
2. 14 días o más ☐

D5 **¿Cuál fue el resultado de la última prueba?**
1. Positivo ☐ → **VERIFIQUE SI D4 = 1** (menos de 14 días) **FIN DE LA ENTREVISTA**
2. Negativo ☐
9. No sabe ☐

D6 **En los últimos dos meses, ¿tuvo alguno de los siguientes síntomas...**

1. fiebre? ..... 1. Sí ☐ 2. No ☐
2. escalofríos? ..... 1. Sí ☐ 2. No ☐
3. cansancio intenso? ..... 1. Sí ☐ 2. No ☐
4. dolor de garganta? ..... 1. Sí ☐ 2. No ☐
5. tos? ..... 1. Sí ☐ 2. No ☐
6. sensación de falta de aire al respirar? ..... 1. Sí ☐ 2. No ☐
7. dolor de cabeza? ..... 1. Sí ☐ 2. No ☐
8. náuseas o vómitos o diarrea? ..... 1. Sí ☐ 2. No ☐
9. pérdida súbita de sentido del olfato o gusto? ..... 1. Sí ☐ 2. No ☐

Si respondió 1. SÍ a alguno de los síntomas en D6:

D7 **¿Seguía sintiendo alguno de esos síntomas en las últimas 2 semanas?** 1. Sí ☐ 2. No ☐

A1 **¿Alguna vez un médico o personal de salud le dijo que tenía...**

1. diabetes? ..... 1. Sí ☐ 2. No ☐
2. hipertensión arterial? ..... 1. Sí ☐ 2. No ☐
3. alguna enfermedad cardiovascular? ..... 1. Sí ☐ 2. No ☐
4. alguna enfermedad pulmonar crónica (asma, EPOC, bronquitis crónica)? ..... 1. Sí ☐ 2. No ☐
5. otra enfermedad crónica o grave? ..... 1. Sí ☐ 2. No ☐

A2 **¿Le diagnosticaron algún cáncer en los últimos 5 años?** 1. Sí ☐ 2. No ☐

A3 **¿Es fumador/a o fue fumador/a (más de 1 cigarrillo/día) en los últimos 5 años?** 1. Sí ☐ 2. No ☐

A4 **¿Podría decirme cuánto mide, aproximadamente, sin zapatos?** cm

A5 **¿Podría decirme cuánto pesa, aproximadamente, sin zapatos ni ropa?** Kg

---

CV1 **En los últimos dos meses, ¿estuvo en contacto con alguna persona diagnosticada de COVID-19?**
1. Sí ☐
2. No, que yo sepa ☐ → CV3

CV2 **¿Con quién?**

1. Miembro del hogar ..... 1. Sí ☐ 2. No ☐
2. Familiar o amigo/a que no vive en el hogar ..... 1. Sí ☐ 2. No ☐
3. Compañero/a de trabajo ..... 1. Sí ☐ 2. No ☐
4. Personal de limpieza, cuidadora, servicios del hogar, etc. ..... 1. Sí ☐ 2. No ☐
5. Cliente profesional (o paciente en caso de personal sanitario) ..... 1. Sí ☐ 2. No ☐
6. Otro ..... 1. Sí ☐ 2. No ☐

CV3 **En los últimos dos meses, ¿estuvo en contacto con alguna persona con síntomas gripales?**
1. Sí ☐
2. No, que yo sepa ☐ → T1

CV4 **¿Con quién?**

1. Miembro del hogar ..... 1. Sí ☐ 2. No ☐
2. Familiar o amigo/a que no vive en el hogar ..... 1. Sí ☐ 2. No ☐
3. Compañero/a de trabajo ..... 1. Sí ☐ 2. No ☐
4. Personal de limpieza, cuidadora, servicios del hogar, etc. ..... 1. Sí ☐ 2. No ☐
5. Cliente profesional (o paciente en caso de personal sanitario) ..... 1. Sí ☐ 2. No ☐
6. Otro ..... 1. Sí ☐ 2. No ☐

T1 **En los últimos dos meses, ¿trabajó en la modalidad presencial?**
1. Sí ☐
2. No ☐ → V1

T2 **En los últimos dos meses, ¿trabajó en alguno de estos sectores?**

1. En comercio ..... 1. Sí ☐ 2. No ☐
2. En transporte ..... 1. Sí ☐ 2. No ☐
3. En cuerpos y fuerzas de seguridad, bombero, protección civil ..... 1. Sí ☐ 2. No ☐
4. En limpieza ..... 1. Sí ☐ 2. No ☐
5. En un centro sanitario con atención clínica a pacientes ..... 1. Sí ☐ 2. No ☐
6. En otro lugar, como personal de centros sanitarios o sociosanitarios ..... 1. Sí ☐ 2. No ☐
7. Como cuidador de persona a domicilio ..... 1. Sí ☐ 2. No ☐
8. En otros sectores ..... 1. Sí ☐ 2. No ☐

T3 **¿Cuántas horas semanales trabaja?**
1. Hasta 34 horas ☐
2. Entre 35 y 45 horas ☐
3. Más de 45 horas ☐

Datos de vacunación

V1 **¿Recibió la vacuna contra el COVID-19?**
1. Sí ☐
2. No ☐ → V2

V5 **¿Cuántas dosis recibió?**
1. Una dosis ☐
2. Dos dosis ☐

V6 **¿En qué fecha recibió la primera dosis de la vacuna?** / / 2021

V7 *Solo para quienes recibieron la segunda dosis. El resto pasa a V8.*
¿En qué fecha recibió la segunda dosis de la vacuna? / / 2021

V8 **¿Qué vacuna recibió?**

1. Sputnik V ☐
2. Sinopharm ☐
3. AstraZeneca ☐
4. Otra ☐
   ↳ ¿Cuál? _____

V9 **¿Dónde recibió la vacuna?**

1. En esta ciudad ☐
2. En Provincia de Buenos Aires ☐
3. En otra provincia ☐
4. En otro país ☐

→ E1

V2 **¿Se aplicaría la vacuna contra el COVID-19?**

1. Sí, ni bien tenga la posibilidad ..... ☐ → E1
2. Sí, pero prefiere esperar ..... ☐
3. No se aplicaría la vacuna ..... ☐ → V4

V3 **Prefiere esperar...**

1. hasta 3 meses ☐
2. de 3 a 6 meses ☐
3. más de 6 meses ☐

V4 **¿Por qué motivo postergaría la vacunación o no se vacunaría?**

1. Considera que las fases de prueba de la vacuna pasaron muy rápido ..... 1. Sí ☐ 2. No ☐
2. Le preocupan posibles efectos secundarios ..... 1. Sí ☐ 2. No ☐
3. Considera que no es efectiva ..... 1. Sí ☐ 2. No ☐
4. Está expuesto/a a poco riesgo de contagio de COVID-19 ..... 1. Sí ☐ 2. No ☐
5. Considera que no es necesario aplicarse vacunas ..... 1. Sí ☐ 2. No ☐
6. Otro motivo ..... 1. Sí ☐ 2. No ☐

Especifique

↳ _____

Datos del entrevistado para devolución de resultados y supervisión

Los datos del entrevistado/a se deben copiar de un original, fotocopia o App

E1 **Apellido** _____

E2 **Nombres** _____

E3 **Tipo de documentación identificatoria**

1. DNI argentino ..... ☐ → E7
2. Documento extranjero ..... ☐ → E5
3. No tiene documento ..... ☐ → C1
4. Otro ..... ☐

E4 ¿Cuál? _____

E5 **País emisor del documento**

1. Uruguay ..... ☐
2. Paraguay ..... ☐
3. Brasil ..... ☐
4. Bolivia ..... ☐
5. Chile ..... ☐
6. Perú ..... ☐
7. Venezuela ..... ☐
8. Otro ..... ☐

↳ ¿Cuál? _____

E7 **Número de documento:** _____

Datos de contacto de la persona entrevistada

C1 **Nº celular:** _____

C2 **E-mail:** _____

C3 **Nº de línea de la vivienda:** _____

C4 **Otro número de teléfono alternativo:** _____

C5

CÓDIGO Y FECHA DE LA MUESTRA

☐☐☐☐–☐☐ / / 2021

Observaciones

_____

FIN