

BUENOS DÍAS/BUENAS TARDES, SOY (CITAR NOMBRE) ENTREVISTADOR/A DE IMOP ENCUESTAS, ¿EL TELÉFONO AL QUE ESTOY LLAMANDO ES UNA VIVIENDA?

1. Sí, es una vivienda
2. No, no es una vivienda
3. No contesta
4. Comunica
5. Contestador
6. Fax
7. Negativa
8. No habla español
9. Salir

ESTAMOS REALIZANDO UNA ENCUESTA PARA SOBRE EL ALCANCE DE LOS SÍNTOMAS DEL COVID-19 EN EL MUNICIPIO DE MADRID. ¿SERÍA TAN AMABLE DE CONTESTAR UNAS PREGUNTAS?

RECORDARLE QUE SU TELÉFONO HA SIDO OBTENIDO MEDIANTE UNA COMBINACIÓN ALEATORIA DE NÚMEROS Y SUS RESPUESTAS SERÁN TRATADAS DE FORMA ANÓNIMA Y AGREGADA.

¿ESTOY LLAMANDO A...? → Confirmamos provincia y municipio

Provincia: _____
Municipio: _____

¿PODRÍA DECIRME EN QUÉ DISTRITO RESIDE O A QUÉ JUNTA MUNICIPAL PERTENECE?

1. Distrito de Centro
2. Distrito de Arganzuela
3. Distrito de Retiro
4. Distrito de Salamanca
5. Distrito de Chamartín
6. Distrito de Tetuán
7. Distrito de Chamberí
8. Distrito de Fuencarral – El Pardo
9. Distrito de Moncloa – Aravaca
10. Distrito de Latina
11. Distrito de Carabanchel
12. Distrito de Usera
13. Distrito de Puente de Vallecas
14. Distrito de Moratalaz
15. Distrito de Ciudad Lineal
16. Distrito de Hortaleza
17. Distrito de Villaverde
18. Distrito de Villa de Vallecas
19. Distrito de Vicálvaro
20. Distrito de San Blas – Canillejas
21. Distrito de Barajas

NS/NC → ¿PODRÍA DECIRME SU CÓDIGO POSTAL O SU CALLE?

“DE CARA A GARANTIZAR LA CALIDAD DE ESTA INVESTIGACIÓN LE INFORMO QUE ESTA ENTREVISTA PUEDE SER SUPERVISADA”

PARA SABER A QUIÉN TENGO QUE ENTREVISTAR, ¿PODRÍA DECIRME CUÁNTAS PERSONAS VIVEN ACTUALMENTE EN ESTE HOGAR?

EMPEZANDO POR USTED, DÍGAME SEXO Y EDAD DE ESTAS PERSONAS

¿TODAS ESTAS PERSONAS RESIDEN DE FORMA PERMANENTE EN EL HOGAR O ALGUNA DE ELLAS SE TRASLADÓ A CAUSA DEL CORONAVIRUS?, ¿QUIÉN?

MIEMBRO	EDAD	SEXO		TRASLADADO
		H	M	
		1	2	
		1	2	

P0A. ¿HAY ALGUIEN QUE VIVA HABITUALMENTE EN EL HOGAR Y QUE EN ESTOS MOMENTOS NO RESIDA AQUÍ DEBIDO AL CORONAVIRUS?

1. Sí → P0B ¿CUÁNTAS? _____
2. No

EL ORDENADOR SELECCIONA A AQUELLA PERSONA DEL HOGAR CUYO CUOTA ESTÁ PEOR REPRESENTADA EN LA MUESTRA, HACIENDO UNA APLAZAMIENTO SI ES NECESARIO.

P.1 DESDE QUE HA COMENZADO LA CRISIS SANITARIA POR COVID-19, USTED HA TENIDO ALGUNO DE ESTOS SÍNTOMAS:

	SÍ	NO
1. Fiebre	1	2
2. Tos seca	1	2
3. Dificultad para respirar	1	2
4. Dolor de cabeza	1	2
5. Falta de olfato	1	2
6. Ha perdido el gusto	1	2
7. Cansancio	1	2
8. Escalofríos	1	2
9. Náuseas o vómitos	1	2
10. Diarrea	1	2
11. Ha perdido el apetito	1	2

Si ha tenido más de 1 un síntoma

P.2 ORDÉNEME LOS SÍNTOMAS POR FAVOR, SEGÚN FECHA DE APARICIÓN, EMPEZANDO POR EL QUE TUVO EN PRIMER LUGAR. SI HA TENIDO VARIOS SIMULTÁNEAMENTE ME DA EL MISMO NÚMERO DE ORDEN PARA LOS DOS

a. Fiebre	
b. Tos seca	
c. Dificultad para respirar	
d. Dolor de cabeza	
e. Falta de olfato	
f. Ha perdido el gusto	
g. Cansancio	
h. Escalofríos	
i. Náuseas o vómitos	
j. Diarrea	
k. Ha perdido el apetito	

Para el primer síntoma que tuvo

P.3 ¿PUEDE DECIRME APROXIMADAMENTE QUÉ DÍA LE APARECIÓ ESTE SÍNTOMA?

Día y mes: ____ / _____

P.4 ¿TIENE EN LA ACTUALIDAD ALGÚN SÍNTOMA?

1. Sí → ¿CUÁL O CUÁLES? (Aparecen en pantalla los síntomas que ha dicho que tenía)
2. No

P.5 **Sólo si P4=NO** ¿EN QUÉ FECHA DEJÓ DE SENTIR CUALQUIER TIPO DE SÍNTOMA?

Día y mes: ____ / _____

Para los síntomas que ha dicho haber tenido:

Si ha tenido fiebre

P.6 ME HA COMENTADO QUE TUVO FIEBRE ¿CUÁL FUE LA MÁXIMA TEMPERATURA QUE ALCANZÓ?

P.6B ¿CUÁNTOS DÍAS TUVO FIEBRE?

1. Días (detallar número) _____
2. Todavía tiene fiebre (NO LEER)

Si ha tenido tos seca

P.7 ¿CÓMO DEFINIRÍA LA INTENSIDAD DE LA TOS SECA QUE TUVO?

1. Muy fuerte
2. Fuerte
3. Apenas he tenido tos seca

P.7B ¿DURANTE CUANTOS DÍAS HA TENIDO TOS SECA?

1. Días (detallar número) _____
2. Todavía tiene tos (NO LEER)

Si ha tenido dificultad para respirar

P.8 ¿SE FATIGABA UD?

	Sí	No
Al andar o subir escaleras	1	2
Al ducharse o realizar su higiene personal	1	2
Al hablar	1	2

P.8B ¿DURANTE CUÁNTOS DÍAS TUVO DIFICULTAD PARA RESPIRAR?

1. Días (detallar número) _____
2. Todavía tiene dificultad para respirar (NO LEER)

Si ha tenido DOLOR DE CABEZA

P.9 ¿SE LE QUITABA EL DOLOR DE CABEZA AL TOMAR UN ANALGÉSICO COMO EL PARACETAMOL O PERSISTÍA DESPUÉS DE TOMAR EL ANALGÉSICO?

1. Se me quitaba al tomar un analgésico
2. Persistía después de tomar el analgésico
3. No tomó nada

P.9B ¿DURANTE CUANTOS DÍAS TUVO DOLOR DE CABEZA?

1. Días (detallar número) _____
2. Todavía tiene dolor de cabeza (NO LEER)

Si ha tenido FALTA DE OLFATO

P.10 ¿DURANTE CUANTOS DÍAS TUVO FALTA DE OLFATO?

1. Días (detallar número) _____
2. Todavía tiene falta de olfato (NO LEER)

Si ha tenido FALTA DE GUSTO

P.11 ¿DURANTE CUANTOS DÍAS TUVO FALTA DE GUSTO?

1. Días (detallar número) _____
2. Todavía tiene falta de gusto (NO LEER)

Si ha PERDIDO EL APETITO

P.12 ¿CUANTOS DÍAS HA PERDIDO EL APETITO O LAS GANAS DE COMER?

1. Días (detallar número) _____
2. Todavía tiene falta de apetito (NO LEER)

Si ha tenido CANSANCIO

P.13 ¿CÓMO DEFINIRÍA EL CANSANCIO QUE SINTIÓ?

1. Un cansancio que llega al agotamiento
o más bien
2. Un cansancio que no te deja hacer las cosas con normalidad pero puedes hacerlas

P.13B ¿DURANTE CUANTOS DÍAS TUVO CANSANCIO?

1. Días (detallar número) _____
2. Todavía tiene cansancio (NO LEER)

Si ha tenido ESCALOFRÍOS

P.14 ¿DURANTE CUANTOS DÍAS TUVO ESCALOFRÍOS?

1. Días (detallar número) _____
2. Todavía tengo escalofríos (NO LEER)

Si ha tenido VÓMITOS

P.15 ¿DURANTE CUANTOS DÍAS TUVO NÁUSEAS O VÓMITOS?

1. Días (detallar número) _____
2. Todavía tengo vómitos (NO LEER)

Si ha tenido DIARREA

P.16 ¿DURANTE CUANTOS DÍAS TUVO DIARREA?

1. Días (detallar número) _____
2. Todavía tengo diarrea (NO LEER)

Si ha tenido algún síntoma

P.17 ¿ANTE ESTOS SÍNTOMAS HA CONTACTADO USTED O ALGUIEN DE SU HOGAR EN SU NOMBRE CON LOS SERVICIOS DE SALUD O TELÉFONOS DE INFORMACIÓN ESPECÍFICOS PARA EL CORONAVIRUS?

1. Sí
2. No → P.19

Si sí

P.18 ¿QUÉ HIZO EXACTAMENTE? (**LEER**)

1. Llamó al teléfono de atención específico (900 102 112)
2. Llamó teléfono del centro de salud habitual
3. Acudió a su centro de salud de atención primaria
4. Acudió a urgencias no hospitalarias
5. Acudió a urgencias del hospital
6. Acudió a un centro de salud privado
7. Otro → ¿CUÁL? (especificar)

No contactó con servicios de salud (P17=No)

P.19 ¿CREE QUE SUS SÍNTOMAS SE CORRESPONDÍAN CON EL CORONAVIRUS?

1. Sí
2. No → P.23
3. NS

Si cree que era coronavirus y no viven solos

P.19b ANTE LA POSIBILIDAD DE QUE FUESE CORONAVIRUS, ¿SE AISLÓ DE OTROS MIEMBROS DEL HOGAR?

1. Sí
2. No

Si cree que era coronavirus

P.20 ¿DÓNDE CREE UD. QUE SE PUDO CONTAGIAR? _____

Sí contactó con servicios de salud (P17=Sí)

P.21 ¿LE DIAGNOSTICARON O SOSPECHARON CORONAVIRUS?

1. Sí → ¿DÓNDE DIRÍA UD QUE SE CONTAGIÓ? _____
2. No
3. NS

P.22 ¿LE HAN HECHO LA PRUEBA PCR?

1. Sí, dio positivo → P.22b ¿HA TENIDO QUE ESTAR HOSPITALIZADO?
 1. Sí
 2. No
2. Sí, dio negativo
3. No me la hicieron

No ha tenido síntomas o habiendo tenido síntomas no contactó con servicios de salud y cree que no pasó el coronavirus

P.23 EN UNA ESCALA DE 0 A 10, ¿CUÁL ES SU TEMOR PARA CONTAGIARSE DE CORONAVIRUS? (11=Ns/Nc)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----

P.24 ¿SU TEMOR A CONTAGIARSE ES MAYOR O MENOR QUE EN EL INICIO DEL CONFINAMIENTO?

1. Mayor que en el inicio del confinamiento
2. Igual
3. Menor

Más de 1 miembro en el hogar

P.25 ¿ALGUNA OTRA PERSONA DE SU HOGAR HA TENIDO ALGUNO DE LOS SÍNTOMAS POR LOS QUE LE HE PREGUNTADO ANTES?

1. Sí → ¿QUIÉNES? (**VUELVE A SALIR LA PARRILLA**)
2. No → P.29

P.26 ¿SE PUSIERON EN CONTACTO CON SERVICIOS DE SALUD POR LOS SÍNTOMAS DE ESTA PERSONA?

1. Sí
2. No

No contactó con servicios de salud (P26=No)

P.26B. ¿CREE QUE SUS SÍNTOMAS SE CORRESPONDÍAN CON EL CORONAVIRUS?

1. Sí
2. No
3. NS

Si cree que era coronavirus

P.26C ANTE LA POSIBILIDAD DE QUE FUESE CORONAVIRUS, ¿SE AISLÓ DE OTROS MIEMBROS DEL HOGAR?

1. Sí
2. No

P.26D ¿DÓNDE CREE QUE SE PUDO CONTAGIAR? _____

Sí contactó con servicios de salud (P26=Sí)

P.27 ¿LE DIAGNOSTICARON O SOSPECHARON CORONAVIRUS?

1. Sí → ¿DÓNDE CREE QUE SE PUDO CONTAGIAR? _____
2. No

P.28 ¿LE HAN HECHO LA PRUEBA?

1. Sí, dio positivo → P.28B ¿HA TENIDO QUE ESTAR HOSPITALIZADO?
 1. Sí
 2. No
2. Sí, dio negativo
3. No

A todos

P.29 ¿CUÁL ERA SU SITUACIÓN LABORAL ANTES DEL CONFINAMIENTO?

1. Trabajaba por cuenta propia
2. Trabajaba por cuenta ajena
3. Pensionista jubilado
4. Trabajo solo dentro del hogar
5. Estudiante
6. En paro

P.29=1

P.30 EN CONCRETO, ¿CUÁL ES SU PROFESIÓN? (**CUENTA PROPIA**)

1. Miembro cooperativa agraria
2. Propietario agrícola sin empleados
3. Empresario agrario (1 a 5 empleados)
4. Empresario agrario (6 y más empleados)
5. Miembros cooperativa no agraria
6. Empresario/comerciante sin empleados
7. Empresario/comerciante (1 a 5 empleados)
8. Empresario/comerciante (6 y más empleados)
9. Profesional liberal (médico/abogado)
10. Trabajador manual (albañil/fontanero)

C.30.a. PROFESIÓN EN ABIERTO _____

P.29=2

P.31 EN CONCRETO, ¿CUÁL ES SU PROFESIÓN? (CUENTA AJENA)

1. Director/directivo (25 y más empleados)
2. Director empresa (menos de 25 empleados)
3. Mando superior (empresa privada/admón/jefe)
4. Mando intermedio (empresa privada/admón/oficial)
5. Capataces/encargados/suboficiales ejército
6. Agentes comerciales/representantes
7. Administrativos
8. Obrero especializado/Nº Guardia Civil/Policia
9. Vendedores/dependientes
10. Obreros sin especializar (Peón/Serv. doméstico)
11. Empleados subalternos (Conserje, etc.)
12. Otro personal no cualificado
13. Jornaleros del campo

C.31.a. PROFESIÓN EN ABIERTO _____

Solo si trabajaba

P.32 PENSANDO, EN EL TRABAJO QUE DESARROLLA DE FORMA COTIDIANA, ¿CÓMO DESCRIBIRÍA SU ENTORNO DE TRABAJO? ¿DIRÍA QUE...?

1. Básicamente trabaja en solitario: (Ej. Camionero, Escritor, tractorista)
2. Trabaja en una oficina o espacio compartido o con relación frecuente con varias personas pero normalmente las mismas
3. Atención al público de forma aislada, como un taxi
4. Atención al público de forma compartida, es decir en presencia de mucha gente distinta cada día
5. Trabaja, en grupo o en serie, tipo cadenas de montaje, etc.
6. Otro → ¿CUÁL?

A todos

P.33 ¿QUÉ ESTUDIOS TIENE USTED?

1. No sabe leer (analfabeto)
2. Estudios primarios incompletos (preescolar)
3. EGB 1ª etapa/Ingreso/Certificado Escolaridad
4. EGB 2ª etapa/4ª Bachiller/Graduado Escolar/Certificado Estudios Primarios
5. BUP/COU/FP/Bachiller Superior/hasta 18 años
6. Escuela Universitaria/Ingeniería técnica/carrera 3 años
7. Facultad/Escuela técnica superior/Doctorado
8. Grado universitario
9. Grado universitario + máster

C.33.a. ESTUDIOS EN ABIERTO _____

P.34 ¿CUÁL ES SU NACIONALIDAD?

1. Española
2. Española y otra
3. Otra _____

Le recuerdo que la encuesta ha sido realizada por la empresa IMOP. le garantizamos que toda la información facilitada, sus datos personales y sus opiniones, serán tratados de forma confidencial y en cumplimiento de la legislación vigente. En cualquier momento tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, que se detallan en nuestra página web www.imop.es, ¿Está de acuerdo?