

# COVID-19 Community Survey

This survey is a community-based screening tool, from the Red Hook Initiative and Council Member Carlos Menchaca, to identify those at medical risk during the COVID-19 pandemic. The tool helps identify people with COVID-19-specific symptoms, and those who have greater health risks overall during the pandemic. This information helps community organizations and medical services provide support to you and your community. By completing this survey, and agreeing to consent, you confirm that our community relief effort can store and analyze this data, which we will use to help connect you with resources if needed or if possible, and inform healthcare providers about the needs of you and your community. By using this tool, you agree that our relief effort is not liable for the outcome of its use.

Local resources to stay up-to-date with this relief effort and local recommendations:

- COVID-19-specific risk calculator (<https://c19check.com/start>)
- Red Hook HUB: COVID-19 info page (<http://redhookhub.org/coronavirus/>)
- NYC.gov: COVID-19 info page (<https://www1.nyc.gov/site/doh/covid/covid-19-main.page>)
- FREE phone-based medicine consultation: 1-844-NYC-4NYC (1-844-692-4692)
- NYC mental health/counseling: 1-844-863-9314
- Council Member Carlos Menchaca's Office (Questions in English, Spanish, or Mandarin): 718-439-9012

This tool was built by a team including Cornell Tech, The GRID, and medical-science volunteers.

Spanish translations are below each question. Please let us know whether language is a limitation to using this survey in the notes section at the end.

Esta encuesta es una herramienta de cribado comunitaria, de la Iniciativa Red Hook y del Miembro del Consejo Carlos Menchaca, para identificar a las personas en riesgo médico durante la pandemia COVID-19. La herramienta ayuda a identificar a las personas con síntomas específicos de COVID-19 y a aquellas que tienen mayores riesgos para la salud en general durante la pandemia. Esta información ayuda a las organizaciones comunitarias y a los servicios médicos a brindarle apoyo a usted y a su comunidad. Al completar esta encuesta y aceptar el consentimiento, usted confirma que nuestro esfuerzo de asistencia a la comunidad puede almacenar y analizar estos datos, que utilizaremos para ayudarle a conectar con recursos si es necesario o si es posible, e informarle a los proveedores de servicios médicos sobre las necesidades de usted y su comunidad. Al utilizar esta herramienta, usted acepta que nuestro esfuerzo de asistencia no es responsable del resultado de su uso.

Recursos locales para mantenerse al día con este esfuerzo de socorro y recomendaciones locales:

- Calculadora de riesgo específica de COVID-19 (<https://c19check.com/start>)
- Red Hook HUB: página de información COVID-19 (<http://redhookhub.org/coronavirus/>)
- NYC.gov: Página de información de COVID-19 (<https://www1.nyc.gov/site/doh/covid/covid-19-main.page>)
- Consulta gratuita de medicamentos por teléfono: 1-844-NYC-4NYC (1-844-692-4692)
- Salud mental de NYC/ consejería: 1-844-863-9314
- Oficina del Miembro del Consejo Carlos Menchaca (Preguntas en inglés, español o mandarín): 718-439-9012

Esta herramienta fue creada por un equipo que incluye Cornell Tech, The GRID y voluntarios de ciencias médicas.

\* Required

## 1. Name (Nombre) \*

Format (Formato): First Last (Nombre Apellido)

Your answer

## 2. Phone number (Número de teléfono) \*

Format (Formato): #####-####

Your answer

## 3. How was this survey performed? \*

¿Cómo se llevó a cabo esta encuesta?

- Online (En línea)
- By phone (Por teléfono)
- By phone: Could not complete survey because of language barrier (Por teléfono: No pudo completar la encuesta debido a la barrera del idioma)
- Could not contact by phone (No se pudo contactar por teléfono)

## 4. What language do you prefer? \*

¿Qué idioma prefiere?

- English
- Español (Spanish)
- 普通话 (Mandarin Chinese)
- (Arabic) العربية
- русский (Russian)
- Français (French)
- Italiano (Italian)
- Português (Portuguese)
- Polski (Polish)

Next

Never submit passwords through Google Forms.

This content is neither created nor endorsed by Google. [Report Abuse](#) - [Terms of Service](#) - [Privacy Policy](#).

Google Forms

# COVID-19 Community Survey

\* Required

## Health Questions

Preguntas sobre la salud

5. We're collecting information about your needs, such as health conditions, in order to connect you with resources. Do we have consent from you to record this information for our support team to get you resources? Your responses will only be kept within our support team. \*

Estamos recopilando información sobre sus necesidades, como sus problemas de salud, para conectarlo con recursos. ¿Tenemos su consentimiento para registrar esta información para que nuestro equipo de apoyo le pueda obtener recursos? Sus respuestas identificadas solo se mantendrán dentro de nuestro equipo de apoyo, y usted acepta que no somos responsables por los resultados relacionados con esta encuesta. Haremos todo lo posible para darle información y recursos actualizados.

Yes (Sí)

No

6. What are the ages of you and everyone in your household? (Check the box of each age range in years that applies)

¿Cuál es su edad y la edad de los miembros de su hogar? Marque todos los que correspondan.

Under 1 (Menos de 1 año de edad)

1-5 years old (1-5 años de edad)

6-11 years old (6-11 años de edad)

12-24 years old (12-24 años de edad)

25-35 years old (25-35 años de edad)

36-50 years old (36-50 años de edad)

51-65 years old (51-65 años de edad)

Older than 65 (Mayores de 65 años de edad)

7. Right now, are you or any members of your household experiencing symptoms consistent with Corona Virus infection? IF ANSWER IS DIFFICULTY BREATHING or CHEST PAIN, CALL YOUR DOCTOR FIRST IF YOU HAVE ONE. IF YOU DO NOT HAVE A DOCTOR, CAN CALL: 1-844-NYC-4NYC (1-844-692-4692). IF THIS IS AN EMERGENCY, CALL 911.

En este momento, ¿usted o algún miembro de su hogar presenta síntomas consistentes con la infección por Coronavirus? SI RESPUESTA = DIFICULTAD AL RESPIRAR o DOLOR DE PECHO, RESPONDA "LLAME A SU DOCTOR PRIMERO SI USTED TIENE UNO." SI NO TIENE UN DOCTOR, PUEDE LLAMAR: 1-844-NYC-4NYC (1-844-692-4692). SI ES UNA EMERGENCIA, LLAME AL 911."

Fever (Fiebre)

Chills (Escalofríos)

Cough (Tos)

Difficulty breathing (Dificultad para respirar)

Chest pain (Dolor de pecho)

Fatigue (Cansancio)

Diarrhea (Diarrea)

Not experiencing any symptoms (No estoy sintiendo ningún síntoma)

8. Do you or any member of your household suffer from ANY of the following? High blood pressure, diabetes, heart disease or prior heart attack, lung disease (like asthma, COPD, emphysema, bronchitis), kidney disease or require dialysis, compromised immune system (eg. taking steroids or immunosuppressants, sickle cell disease, cancer, HIV/AIDS), psychiatric illness.

¿Usted o algún miembro de su hogar tiene alguna de las siguientes condiciones? Presión arterial alta, diabetes, enfermedad cardíaca o insuficiencia cardíaca congestiva, un ataque cardíaco anterior, enfermedad pulmonar (e.g. asma, EPOC, enfisema), enfermedad renal o que requiere diálisis, sistema inmunológico comprometido (esta tomando esteroides o inmunosupresores, enfermedad de células falciformes, cáncer, VIH/SIDA), enfermedad psiquiátrica.

Yes (Sí)

No

9. Do you have a primary care physician? This is the first person you should contact with your health concerns; unless it is an emergency, then dial 911.

¿Tiene un médico de atención primaria? Esta es la primera persona que se debe contactar en caso de problemas de salud; a menos que sea una emergencia, marque 9-1-1.

Yes, and I CAN get in touch with them (Sí, y PUEDO comunicarme con él o ella)

Yes, but I CAN NOT get in touch with them (Sí, y NO PUEDO comunicarme con él o ella)

No

10. Does anyone in your household require any essential medications or routine treatments? Examples: Oxygen, breathing machine or breathing treatments, insulin, dialysis, blood thinners.

¿Alguien en su hogar requiere medicamentos esenciales o tratamientos de rutina? En caso afirmativo, ¿tiene dificultad para obtener acceso a medicamentos o tratamientos? Ejemplos: Oxígeno, máquina de respiración o tratamientos de respiración, insulina, diálisis, anticoagulante. Si se está quedando sin medicamentos o tiene dificultades para obtener acceso al tratamiento, comuníquese con su proveedor médico.

- Yes, and I HAVE enough medicine or access to treatment (Sí, y TENGO suficiente medicina o acceso al tratamiento)
- Yes, and I DO NOT HAVE enough medicine or access to treatment (Sí, y NO TENGO suficiente medicina ni acceso al tratamiento)
- No
- Unsure (No sabe)

11. Do you or any member of your household require access to a healthcare facility in the next three weeks?

¿Usted o algún miembro de su hogar necesita acceso a un centro de salud en las próximas tres semanas?

- Yes (Sí)
- No
- Unsure (No sabe)

12. Does anyone in your household require disability assistance, such as a wheelchair?

¿Alguien en su hogar requiere asistencia de discapacidad, como una silla de ruedas?

- Yes (Sí)
- No

13. This is a chaotic time which can feel overwhelming and anxious. Do you feel speaking to a counselor would be helpful? If yes, can call NYC mental health/counseling support: +1 (844) 863-9314. Alternatively, can call NYC Well 24/7/365 at 1-888-NYC-WELL (1-888-692-9355) or text WELL to 65173

Este es un momento caótico que puede provocar pesar y ansiedad. ¿Siente que hablar con un consejero psicológico sería útil? Si es el caso, puede llamar al NYC apoyo mental/consejería: +1 (844) 863-9314. Alternativamente, puede llamar a NYC Well 24/7/365 al 1-888-NYC-WELL (1-888-692-9355) o envíe un mensaje de texto con la palabra 'WELL' a 65173

- Yes (Sí)
- No

14. Can we have your email address so that we can follow up with you with Coronavirus information and resources?

¿Podemos tener su correo electrónico (email) para mandarle información relacionada con el coronavirus?

Your answer \_\_\_\_\_

15. Can we have your address or building number?

¿Podemos tener su dirección o número de edificio?

Your answer \_\_\_\_\_

16. Can we have your zip code?

¿Podemos tener su código postal?

Your answer \_\_\_\_\_

17. We have asked you a number of questions today to help organize resources for you during these challenging times. To confirm, do you consent to us documenting this information? Your responses will only be kept within our support team.

Le hemos hecho varias preguntas hoy para ayudar a organizar los recursos para usted durante estos tiempos difíciles. Para confirmar, ¿Tenemos su consentimiento para registrar esta información para que nuestro equipo de apoyo le pueda obtener recursos? Sus respuestas solo se quedaran dentro de nuestro equipo de apoyo.

- Yes
- No

We understand that at this time there is a lot a fear associated with Coronavirus. By participating in this survey, we are making sure that you, your family, friends, and Red Hook have the most accurate information available at this time, and access the support you need. We will be reviewing your responses, and you may receive a follow up call from our support team (free of charge) in the coming days to communicate information and resources, if your responses indicate there is a need. You can stay up to date on all local Coronavirus related news and resources at

<http://redhookhub.org/coronavirus/>

Entendemos que en este momento hay mucho miedo asociado con el coronavirus. Al participar en esta encuesta, nos aseguramos de que usted, su familia y amigos tengan la información más precisa disponible en este momento, y accedan al apoyo que necesita para abordar los síntomas del virus. Finalmente, compartiendo sus necesidades con nosotros, trabajaremos para asegurarnos de que Red Hook reciba todo el apoyo y los recursos necesarios para superar este período de crisis. Puede mantenerse al día sobre todas las noticias y recursos relacionados con Corona Virus en <http://redhookhub.org/coronavirus/>

[Back](#)

[Next](#)

Never submit passwords through Google Forms.

This content is neither created nor endorsed by Google. [Report Abuse](#) - [Terms of Service](#) - [Privacy Policy](#).

Google Forms