

Appendix A: Survey (English)

The first questions regard your thoughts about COVID-19 in general.

- When thinking about COVID-19, how likely do you think you are to get sick?
 - extremely unlikely
 - somewhat unlikely
 - neither likely nor unlikely
 - somewhat likely
 - extremely likely
- When thinking about COVID-19 vaccine, how important do you think it is for preventing community spread of COVID-19?
 - Not at all important
 - Slightly important
 - Moderately important
 - Very important
 - Extremely important
- When thinking about COVID-19 vaccine, how safe do you think it is?
 - Not at all safe
 - Slightly safe
 - Moderately safe
 - Very safe
 - Extremely safe

These next questions refer to your thoughts about vaccination for COVID-19.

- Being vaccinated for COVID-19 will: (disagree, unsure, agree)
 - Protect me from getting COVID-19
 - Protect my family and friends from COVID-19
 - Allow many pre-pandemic activities to resume
 - Be something people I trust think I should do
 - Make me worried because of how new the vaccine is
 - Make me worried because of how quickly the vaccine was created
 - Make me worried because of the government's role in vaccine development
 - Make me worried about unknown side effects
 - Make me worried about known side effects
 - Be something people I trust don't think I should do
- Which side effect do you worry most about? (*asked if known side effect – agree is selected*) (*single selection*)
 - Fever and chills
 - Tiredness
 - Headache

- Arm pain and swelling
- Anaphylaxis and allergic reactions
- What might help you and/or your healthcare team in making a decision about getting the COVID-19 vaccine? (please rank from 1 to 3 with 1 being most helpful)
 - Recommendation from your healthcare provider during a one-on-one encounter
 - Encouragement from a trusted source
 - From which of the following sources would you most trust information? (*asked if encouragement from a trusted source is ranked first, single selection option*)
 - Professional organization
 - Employer
 - Religious leader
 - Community leader
 - Peers
 - Health department
 - Government
 - Other (please specify below) _____
 - Educational information
 - How would you most prefer to receive educational information? (*asked if educational information is ranked first, single selection option*)
 - Handout
 - Video
 - Radio
 - Television
 - Social media
 - Other (please specify below) _____
 - What topic would be the most helpful to provide more information about? (*asked if educational information is ranked first, single selection option*)
 - How the vaccine works
 - Differences between approved vaccines
 - Side effects from the vaccine
 - Frequently asked questions about the vaccine
 - Other (please specify below) _____
- Have you received a vaccine for COVID-19?
 - Yes
 - Offered but declined
 - Not offered
 - Prefer not to answer

- Will you be vaccinated for COVID-19 when the shot is next made available to you?
(asked if have you received a vaccine for COVID-19 is answered with offered but declined or not offered)
 - Definitely yes
 - Probably yes
 - Unsure
 - Probably not
 - Definitely not

These questions provide basic details about you and, if applicable, the patient population you serve.

- What is your gender?
 - Male
 - Female
 - Non-binary / third gender
 - Other _____
 - Prefer not to say
- What is your age?
 - Younger than 25 years
 - 25-39 years
 - 40 – 64 years
 - 65 years or older
- What is your position or role?
 - Physician
 - Advanced practice provider (PA, APN)
 - Other professional degree (PsyD/PhD/PharmD, PT, OT, Dietician)
 - Nurse (RN, LPN)
 - Medical Assistant (MA, CNA)
 - Ancillary Staff (SW, CM)
 - Community health worker
 - Other (please specify below) _____
- Where is your clinic or organization is located? (*drop-down option of states, Puerto Rico, and other US territories, not listed option*)
- Do you identify as a member of a refugee, immigrant, or migrant community?
 - Yes
 - What refugee, immigrant, or migrant community do you identify with?

 - No
 - Prefer not to say
- Do you interact directly with patients?
 - No

- Yes
 - Are your patients primarily located in a rural area (such as a location where less than 10,000 people reside)?
 - Yes
 - No
 - What percentage of your patients do you estimate are first generation refugees/immigrants or their children?
 - Less than 25%
 - 25-49%
 - 50-74%
 - 75% or greater
 - Which refugee/immigrant patient population(s) do you most frequently interact with? (list up to three) (*free text option on all surveys; for MCN distribution checkboxes were also offered for Mexican, Puerto Rican, Central American, Other Latin American, Haitian, Other Caribbean, West African, East African, Pacific Islander, and Southeast Asian options*)

The final questions ask about what you've heard from **patients** about COVID-19 vaccines. (*asked only if answered yes to interacting directly with patients*)

- How frequently do **your patients** mention the following concerns about COVID-19 vaccines? Concern about: (rarely, sometimes, most of the time)
 - How new the vaccine is
 - How the vaccine was made
 - What about how the vaccine was made are **your patients** concerned about? (select all that apply) (*asked if this concern was indicated most of the time*)
 - How quickly it was developed
 - The government's role in developing the vaccine
 - The healthcare system's role in developing the vaccine
 - Other (please specify below) _____
 - How the vaccine works
 - What the vaccine contains
 - What types of vaccine contents are **your patients** concerned about? (select all that apply) (*asked if this concern was indicated most of the time*)
 - Live virus
 - Microchips
 - Cells from aborted fetuses
 - Pork or gelatin products
 - Other (please specify below) _____
 - How safe the vaccine is

- What about the vaccine's safety are **your patients** concerned about?
(select all that apply) (*asked if this concern was indicated most of the time*)
 - The speed at which it was developed and/or approved
 - Unknown genetic effects of the vaccine
 - Little or lack of testing in the population your patients identify with
 - Little or lack of testing among certain age groups
 - Little or lack of testing for reproductive side effects
 - Other (please specify below) _____
- Experiencing side effects from the vaccine
 - What side effects are **your patients** concerned about? (select all that apply) (*asked if this concern was indicated most of the time*)
 - Arm pain and swelling
 - Fever and chills
 - Tiredness
 - Headache
 - Anaphylaxis and allergic reactions
- What might help **your patients** in making a decision about getting the COVID-19 vaccine? (please rank from 1 to 3 with 1 being most helpful)
 - Recommendation from their healthcare provider during a one-on-one encounter
 - Encouragement from a trusted source
 - From which of the following sources would **your patients** most trust information? (*asked if encouragement from a trusted source was ranked first, single selection*)
 - Religious leader
 - Community leader
 - Peers
 - Employer
 - Health department
 - Government
 - Other (please specify below) _____
 - Educational information
 - How do you think **your patients** would most prefer to receive this information? (*asked if educational information was ranked first, single selection*)
 - Handout
 - Video
 - Radio
 - Television
 - Social media

- Other (please specify below) _____
- What information do you think will be most helpful to provide to **your patients?** (*asked if educational information was ranked first, single selection*)
 - How the vaccine works
 - Differences between approved vaccines
 - Side effects from the vaccine
 - Frequently asked questions about the vaccine
 - Other (please specify below) _____

Appendix B: Survey (Spanish)

Las primeras preguntas son acerca de sus pensamientos sobre COVID-19 en general.

- Cuándo piensa en COVID-19, ¿qué tan probable es que usted se enferme?
 - muy improbable
 - algo improbable
 - ni probable ni improbable
 - poco probable
 - muy probable
- Al pensar en la vacuna contra COVID-19, ¿qué tan importante cree usted que es para prevenir la propagación comunitaria del COVID-19?
 - No es nada importante
 - Ligeramente importante
 - Moderadamente importante
 - Muy importante
 - Extremadamente importante
- Al pensar en la vacuna contra COVID-19, ¿qué tan segura cree que sea?
 - Nada segura
 - Ligeramente segura
 - Moderadamente segura
 - Muy segura
 - Extremadamente segura

Las siguientes preguntas se refieren a lo que piensa sobre la vacunación contra COVID-19.

- Estar vacunado contra COVID-19 podría: (de acuerdo, no estoy seguro, en desacuerdo)
 - Protegerme de contagiarme de COVID-19
 - Proteger a mi familia y amigos del COVID-19
 - Permitir que muchas actividades que se realizaban antes de la pandemia se reanuden
 - Ser algo que la gente en la que confío cree que debo hacer

- Preocuparme por lo nuevo que es la vacuna
- Preocuparme por la rapidez con la que se creó la vacuna
- Preocuparme por el papel del gobierno en el desarrollo de la vacuna
- Preocuparme por los efectos secundarios desconocidos
- Preocuparme por los efectos secundarios conocidos
- Ser algo que la gente en la que confío cree que no debo hacer
- ¿Qué efecto secundario le preocupa más? (*si conoce el efecto secundario – seleccione de acuerdo*) (*selección única*)
 - Fiebre y escalofríos
 - Cansancio
 - Dolor de cabeza
 - Dolor e hinchazón en el brazo
 - Anafilaxia y reacción alérgica
- ¿Qué podría ayudarle a usted y/o a su equipo de atención médica a tomar una decisión sobre ponerse la vacuna COVID-19? (por favor, clasifique del 1 al 3, donde 1 es lo más útil)
 - Recomendación de su proveedor de atención médica durante una reunión uno a uno
 - Motivación por parte una fuente confiable
 - ¿De cuál de las siguientes fuentes de información confía más? (*seleccione solo una respuesta*)
 - Organización profesional
 - Empleador
 - Líder religioso
 - Líder comunitario
 - Compañeros
 - Departamento de Salud
 - Gobierno
 - Otros (especifique) _____
 - Información educativa
 - ¿Cómo preferiría recibir información educativa? (*seleccione una respuesta*)
 - Folleto (material impreso)
 - Video
 - Radio
 - Televisión
 - Redes sociales
 - Otros (especifique) _____
 - ¿Qué tema le sería más útil tener más información? (*seleccione una respuesta*)
 - Cómo funciona la vacuna

- Diferencias entre las vacunas aprobadas
 - Efectos secundarios de la vacuna
 - Preguntas frecuentes sobre la vacuna
 - Otros (especifique) _____
- ¿Ha recibido una vacuna para COVID-19?
 - Sí
 - Ofrecida pero rechazada
 - No se le ha ofrecido
 - Prefiere no responder
- ¿Se piensa vacunar cuando la vacuna COVID-19 esté disponible para usted? (*sólo se si responde a la pregunta anterior - → ofrecida pero rechazada o no se le ha ofrecido*)
 - Definitivamente sí
 - Probablemente sí
 - Indeciso
 - Probablemente no
 - Definitivamente no

Estas preguntas proporcionan información básica sobre usted y, si corresponde, de sus pacientes.

- ¿Cuál es su género?
 - Masculino
 - Femenino
 - No binario / tercer género
 - Otro (especifique)
 - Prefiere no responder
- ¿Cuántos años tiene?
 - Menos de 25 años
 - 25-39 años
 - 40 – 64 años
 - 65 años o más
- ¿Cuál es su posición o papel?
 - Médico
 - Proveedor de servicios avanzados (PA, APN)
 - Otro título profesional (PsyD/PhD/PharmD, PT, OT, Dietista)
 - Enfermera (RN, LPN)
 - Asistente Médico (MA, CNA)
 - Personal auxiliar (SW, CM)
 - Trabajador de salud/alcance comunitario
 - Otros (especifique)_____
- ¿Dónde se localiza su clínica u organización? (*opción desplegable de estados, Puerto Rico y otros territorios de EE. UU., opción no listada*)

- ¿Usted se identifica como miembro de una comunidad de refugiados, inmigrantes o migrantes?
 - Sí
 - ¿Con qué comunidad de refugiados, inmigrantes o migrantes se identifica? _____
 - No
 - Prefiere no responder
- ¿Interactúa directamente con los pacientes?
 - No
 - Sí
 - ¿Sus pacientes se encuentran principalmente en una zona rural (donde vivan menos de 10000 personas)?
 - Si
 - No
 - ¿Qué porcentaje de sus pacientes o hijos de sus hijos estima que son primera generación de inmigrantes?
 - Menos del 25%
 - 25-49%
 - 50-74%
 - 75% o más
 - ¿Con qué población(s) de pacientes inmigrantes interactúa con más frecuencia? (seleccione hasta tres) (*opción de selección múltiple*)
 - Mexicana
 - Puertorriqueña
 - Centroamericana
 - Otras latinoamericanas
 - Haitiana
 - Otros caribeños
 - África Occidental
 - África oriental
 - Isleño del Pacífico
 - Sudeste asiático
 - Otras (especifique)_____

Estas preguntas finales son acerca de lo que usted ha escuchado de **los pacientes** sobre las vacunas contra COVID-19. (*solo se pregunta si responde que si interactúa directamente con pacientes*)

- ¿Con qué frecuencia **mencionan sus pacientes** las siguientes preocupaciones sobre las vacunas contra COVID-19? Preocupación por: (muy pocas veces, a veces, la mayoría de las veces)

- Qué tan nueva es la vacuna
- Cómo se hizo la vacuna
 - ¿Qué les preocupa específicamente **sus pacientes** sobre cómo se hizo la vacuna? (seleccione todas las respuestas que correspondan) (*opción de selección múltiple*)
 - La rapidez con la que se desarrolló
 - El papel del gobierno en el desarrollo de la vacuna
 - El papel del sistema de salud en el desarrollo de la vacuna
 - Otros (especifique) _____
- Cómo funciona la vacuna
- Lo que contiene la vacuna
 - ¿Qué les preocupa a **sus pacientes** sobre el contenido de la vacuna? (seleccione todas las respuestas que correspondan) (*opción de selección múltiple*)
 - Virus vivo
 - Microchips
 - Células de fetos abortados
 - Productos de cerdo o gelatina
 - Otros (especifique) _____
- Qué tan segura es la vacuna
 - ¿Qué les preocupa a **sus pacientes** sobre la seguridad de la vacuna? (seleccione todo lo que corresponda) (*opción de selección múltiple*)
 - La velocidad a la que se desarrolló y/o se aprobó
 - Efectos genéticos desconocidos de la vacuna
 - Poca o falta de ensayos o pruebas en la población con la que sus pacientes se identifican
 - Poca o falta de ensayos o pruebas entre ciertos grupos de edad
 - Poca o falta de ensayos o pruebas sobre efectos secundarios en los sistemas reproductivos
 - Otros (especifique) _____
- Experimentar efectos secundarios de la vacuna
 - ¿Qué les preocupa a **sus pacientes** sobre los efectos secundarios? (seleccione todas las respuestas que correspondan) (*opción de selección múltiple*)
 - Dolor e hinchazón en el brazo
 - Fiebre y escalofríos
 - Cansancio
 - Dolor de cabeza
 - Anafilaxia y reacciones alérgicas
- ¿Qué podría ayudar a **sus pacientes** a tomar una decisión sobre ponerse la vacuna contra COVID-19? (por favor, clasifique del 1 al 3, donde 1 es lo más útil)
 - Recomendación de su proveedor de atención médica durante un encuentro uno a uno

- Motivación por parte de una fuente de confianza
 - ¿En cuáles de las siguientes fuentes **confían** más sus pacientes? (*selección única*)
 - Líder religioso
 - Líder comunitario
 - Compañeros/amigos
 - Empleador
 - Departamento de Salud
 - Gobierno
 - Otros (especifique) _____
- Información educativa
 - ¿Cómo cree que **sus pacientes** prefirieren recibir esta información? (*selección única*)
 - Folleto/material impreso
 - Video
 - Radio
 - Televisión
 - Redes sociales
 - Otros (especifique) _____
 - ¿Qué información cree usted que sería más útil proporcionar a **sus pacientes**? (*selección única*)
 - Cómo funciona la vacuna
 - Diferencias entre las vacunas aprobadas
 - Efectos secundarios de la vacuna
 - Preguntas frecuentes sobre la vacuna
 - Otros (especifique) _____