

NCFHP optional questions: ADOLESCENT

1. FHAES ID #: \_\_\_\_\_
2. Site: \_\_\_\_\_
3. Cohort: \_\_\_\_\_
4. Service location: \_\_\_\_\_
5. Employer: \_\_\_\_\_
6. Employer phone: \_\_\_\_\_
7. Emergency Contact: Name: \_\_\_\_\_ Phone \_\_\_\_\_
8. Date moved to address: \_\_\_\_\_
9. Explain 911
10. Explain clinic services
11. Weight: \_\_\_\_\_ Height \_\_\_\_\_ BMI \_\_\_\_\_
12. Blood Glucose: \_\_\_\_\_
13. ¿Tiene un historial de enfermedad en su familia como diabetes, hipertension, ataque de corazón u otro? **No/ Sí** (if yes): ¿De que enfermedad?
14. ¿Toma Ud. medicamentos para el dolor? **No/ Sí** (if yes): ¿Cuáles?
15. ¿Tiene alguna alergia a medicinas, comida o a ciertos animales? (allergies) **No/ Sí**
16. ¿Ha recibido las siguientes vacunas? (adult vaccines)
  - Triple viral (contra sarampión, paperas y rubéola) (MMR) (Need 1 in lifetime; began 1998 in Mexico) **No/ Sí**
  - Tétano (Td if not given in past 10 yrs or Tdap; Need 1 Tdap in lifetime) **No/ Sí**

**NCFHP optional questions: ADOLESCENT**

17. ¿Usted usa un cepillo de dientes e hilo todos los días? (Does patient have good dental hygiene?) **No/ S**

18. ¿Cómo se protege de pesticidas? (Can patient name 2 methods of pesticide safety?) **No/ Sí**

19. ¿Se ha enfermado por contacto con pesticidas en esta temporada? (pesticide exposure) *If yes, provide referral and complete Air Protocol*  
**No/ Sí**

20. ¿Cómo se protege del sol o del calor? (Can patient name 2 ways to prevent heat illness?) **No/ Sí**

21. ¿Cuáles son las consecuencias de tomar alcohol y manejar? (Is patient able to list at least 2 risks related to drinking & driving?) **No/ Sí**

22. ¿Cuando va en un carro, usa usted el cinturón de seguridad si lo hay? (seat belt) **No/ Sí**

23. ¿Usted fuma o usa productos de tabaco? (smoke) **No/ Sí**  
*If yes, provide NC Quit Line: 855-Dejelo-Ya (1-855-335-3569)*

24. ¿Quiere hacerse el exámen de VIH o de otras enfermedades transmitidas sexualmente? (want HIV test) **No/ Sí**

25. ¿Quiere anticonceptivos/condones? (want condoms) **No/ Sí**

26. ¿Cuál de las siguientes declaraciones describe mejor (su situación alimentaria / la situación alimentaria en su hogar) en los últimos 12 meses?  
[1] Siempre (como / comemos) lo suficiente y los tipos de alimentos que (deseo / deseamos)  
[2] (Como / comemos) lo suficiente pero no siempre lo que (deseo / deseamos)  
[3] A veces no (como / comemos) lo suficiente  
[4] Frecuentemente no (como / comemos) lo suficiente

*If 3 or 4 offer referral to food pantry*

**FOR WOMEN ONLY: These questions are highly recommended by Dr. Thomas.**

27. ¿Piensa que es posible que esté usted embarazada? (pregnant) *If pregnant and migrant, consider MCN*  
**No/ Sí:** \_\_\_\_\_

28. ¿Quiere más información sobre planificación familiar? (want family planning) **No/ Sí**

*You can also add additional health ed topics to the form.*