

Privacy*	2021 Farmworker Outreach Health Assessment - Adol (12-17)		ORW:	Date:
	<p>Con mi firma indico que entiendo que se guarda la privacidad de mi información adentro de esta red de salud para los trabajadores agrícolas excluyendo la siguiente instancia: que se sospecha daño a una persona menor de edad, mayor de edad o discapacitada.</p> <p>Firma: _____</p>			
Demographics*	Nombre (primero, apellido): _____		Fecha de nacimiento: _____ <input type="checkbox"/> Est.	
	El idioma que prefiere: Esp / Ingl / Otro: _____		¿Se necesita intérprete? Sí / No	
Trabajador: Migrante (<input type="checkbox"/> H2A?)/ Temporal/ Otro		¿Hispano o Latino? Sí / No / Sin respuesta		
(If migrant) Fecha de salida estimada: _____		Raza: <input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Negra <input type="checkbox"/> India americana		
¿Presente sin padres? Sí / No		<input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Sin respuesta		
¿Qué sexo le asignaron al nacer? Masculino/ Femenino				
¿Cómo se considera? Hombre/ Mujer/ Hombre transgénero / Mujer transgénero / Otro/ Me niego a contestar				
¿Cómo se considera? <input type="checkbox"/> Heterosexual (ni gay, ni lesbiana) <input type="checkbox"/> Lesbiana, gay u homosexual <input type="checkbox"/> Bisexual		<input type="checkbox"/> Me niego a contestar		
<input type="checkbox"/> Algo distinto <input type="checkbox"/> No sé				
Tipo de vivienda: Dueño de casa/ Alquila/ Del patrón/ No tiene				
Dirección de casa: _____		Ciudad: _____ US veteran? Sí / No		
Estado: _____ Código postal: _____ Condado: _____				
Seguro de salud: Ningún / Medicaid / Medicare / Health Choice / Privado		Ingreso familiar (\$ amount): _____		
Cantidad de ingreso es por: semana / 2 semanas/ mes / año		# meses trabaja: _____ # personas en la familia: _____		
COVID-19*	¿En las últimas 2 semanas, ha tenido fiebre, tos, dolor de garganta, fatiga inusual, dolor de cabeza, escalofríos, diarrea, pérdida del sentido del gusto o del olfato, o dificultad para respirar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No _____			
	¿Vive con alguien o ha estado cerca de alguien que ha sido diagnosticado con COVID-19 en las últimas 2 semanas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No _____			
¿Ha recibido la vacuna contra el COVID-19? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
1ª dosis fecha: _____ clínica: _____ marca: _____				
2ª dosis fecha: _____ clínica: _____ marca: _____				
Health ed: <input type="checkbox"/> Provided <input type="checkbox"/> Follow up				
Vaccine: <input type="checkbox"/> Provided <input type="checkbox"/> Referral <input type="checkbox"/> Follow up <input type="checkbox"/> Declined				
Testing: <input type="checkbox"/> Provided <input type="checkbox"/> Referral <input type="checkbox"/> Follow up <input type="checkbox"/> Declined				
Vitals	Presión sanguínea: _____		Health ed: <input type="checkbox"/> Provided <input type="checkbox"/> Follow up	
	If >120/80, offer health ed. If >140/90, offer referral.		Referral: <input type="checkbox"/> Provided <input type="checkbox"/> Follow up <input type="checkbox"/> Declined	
General health	¿Hay algo que le preocupe acerca de su salud? (health concerns) No/ Sí: _____			
	(If yes) ¿Cómo puedo ayudarle con ese problema? (help requested) _____			
¿Usted ha sido diagnosticado con alguna condición médica? (prev. diagnoses) No/ Sí: _____				
¿Está tomando (o debería estar tomando) medicinas? (medicines) No/ Sí: _____				
¿Ha tenido un examen físico en el que le pusieron vacunas, en los últimos dos años? (checkup and vaccines in last 2 years) No/ Sí				
If no, provide referral to primary care or health department.				
Referral: <input type="checkbox"/> Provided <input type="checkbox"/> Follow up <input type="checkbox"/> Declined Diabetes, pregnancy, HTN, HIV, TB or abnormal cancer screen, consider MCN				
Occupational	¿Trabaja Ud. en el campo? No/ Sí			
	(If yes) ¿Quisiera más información sobre como protegerse en su trabajo? (como las pesticidas, la insolación o algo más) (workplace health ed) No/ Sí: _____			
(If yes) ¿Se preocupa por condiciones en su trabajo? (como pago injusto, ser expuesto a las pesticidas, otras prácticas ilegales) (workplace concerns) No/ Sí: _____				
Referral: <input type="checkbox"/> Provided <input type="checkbox"/> Follow up <input type="checkbox"/> Declined		Health ed: <input type="checkbox"/> Provided <input type="checkbox"/> Follow up		
Health ed topic: _____				

BH	<p>Durante las últimas 2 semanas, ¿se ha sentido varias veces con poco interés o deseo de hacer cosas? (PHQ-2) No / Sí</p> <p>Durante las últimas 2 semanas, ¿se ha sentido desanimado, deprimido o sin esperanzas? (PHQ-2) No / Sí</p> <p><i>If yes to either question, offer a referral or full depression screen (RHS-15)</i> Referral: <input type="checkbox"/> Provided <input type="checkbox"/> Follow up <input type="checkbox"/> Declined <i>For positive RHS-15, offer referral</i> RHS-15: <input type="checkbox"/> Provided <input type="checkbox"/> Follow up <input type="checkbox"/> Declined</p>																
Substance use	<p>¿Usted toma bebidas alcohólicas, incluyendo cervezas? (alcohol) No / Sí</p> <p>¿Durante el último año, ha consumido una droga o utilizado un medicamento recetado para fines que no son médicos? No / Sí <i>(In the past year have you used an illegal drug or prescription medication for non-medical reasons? ex: the experience or feeling the drug causes)</i></p> <p><i>If yes to either question above, complete 4 CAGE-AID questions:</i></p> <table border="1" data-bbox="194 472 1518 682"> <tr> <td>CAGE-AID</td> <td>¿Ha sentido alguna vez que debería reducir su uso de alcohol y/o drogas?</td> <td>No / Sí</td> </tr> <tr> <td></td> <td>¿Se ha sentido alguna vez molesto por las críticas de la gente acerca de su uso de alcohol y/o drogas?</td> <td>No / Sí</td> </tr> <tr> <td></td> <td>¿Alguna vez se ha sentido culpable o mal debido a su uso de alcohol y/o drogas?</td> <td>No / Sí</td> </tr> <tr> <td></td> <td>¿Alguna vez ha necesitado alcohol y/o drogas temprano en la mañana para calmar sus nervios o ayudarlo con la resaca?</td> <td>No / Sí</td> </tr> </table> <p><i>If yes to any of the 4 questions, provide referral.</i></p> <p>Referral: <input type="checkbox"/> Provided <input type="checkbox"/> Follow up <input type="checkbox"/> Declined Health ed: <input type="checkbox"/> Provided <input type="checkbox"/> Follow up <input type="checkbox"/> Declined</p>	CAGE-AID	¿Ha sentido alguna vez que debería reducir su uso de alcohol y/o drogas?	No / Sí		¿Se ha sentido alguna vez molesto por las críticas de la gente acerca de su uso de alcohol y/o drogas?	No / Sí		¿Alguna vez se ha sentido culpable o mal debido a su uso de alcohol y/o drogas?	No / Sí		¿Alguna vez ha necesitado alcohol y/o drogas temprano en la mañana para calmar sus nervios o ayudarlo con la resaca?	No / Sí				
CAGE-AID	¿Ha sentido alguna vez que debería reducir su uso de alcohol y/o drogas?	No / Sí															
	¿Se ha sentido alguna vez molesto por las críticas de la gente acerca de su uso de alcohol y/o drogas?	No / Sí															
	¿Alguna vez se ha sentido culpable o mal debido a su uso de alcohol y/o drogas?	No / Sí															
	¿Alguna vez ha necesitado alcohol y/o drogas temprano en la mañana para calmar sus nervios o ayudarlo con la resaca?	No / Sí															
CM	<p>¿Alguien en donde vive o trabaja le hizo sentir amenazado(a) o en peligro? (interpersonal violence and trafficking) No/ Sí</p> <p>¿Tiene alguna otra inquietud o preocupación? (other concerns) No/ Sí: _____</p> <p>Referral: <input type="checkbox"/> Provided <input type="checkbox"/> Follow up <input type="checkbox"/> Declined</p>																
Communication*	<p>¿Cómo podemos comunicarnos con Ud? Ask patient to initial next to each below if OK.</p> <p>Número Celular: _____ Teléfono fijo: _____</p> <p>_____ Está bien dejar un mensaje. _____ Está bien dejar un mensaje.</p> <p>_____ Está bien dejar un voicemail. _____ Está bien dejar un voicemail.</p> <p>_____ Está bien mandar un mensaje de texto (SMS) aunque no se garantiza que es totalmente privado.</p> <p>_____ Está bien mandar un mensaje por WhatsApp aunque no se garantiza que es totalmente privado.</p> <p>Dirección de correo electrónico: _____ ¿Cuál método prefiere para comunicar? Mark preference.</p> <p>_____ Está bien mandar un mensaje.</p>																
Addtl. Health Ed	<p>¿Sobre cuales temas de salud desea más información? (health ed) Circle those desired and check off if provided.</p> <table data-bbox="162 1375 1494 1501"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Salud dental</td> <td><input type="checkbox"/> Hipertensión</td> <td><input type="checkbox"/> Infecciones transmitidas</td> <td><input type="checkbox"/> El abuso de drogas o alcohol</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Diabetes</td> <td><input type="checkbox"/> La enfermedad del tabaco</td> <td>sexualmentes/ VIH</td> <td><input type="checkbox"/> Otro(s) _____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Salud emocional</td> <td>verde</td> <td><input type="checkbox"/> Fumar</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Planificación familiar</td> <td><input type="checkbox"/> Nutrición</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Salud dental	<input type="checkbox"/> Hipertensión	<input type="checkbox"/> Infecciones transmitidas	<input type="checkbox"/> El abuso de drogas o alcohol	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> La enfermedad del tabaco	sexualmentes/ VIH	<input type="checkbox"/> Otro(s) _____	<input type="checkbox"/> Salud emocional	verde	<input type="checkbox"/> Fumar		<input type="checkbox"/> Planificación familiar	<input type="checkbox"/> Nutrición		
<input type="checkbox"/> Salud dental	<input type="checkbox"/> Hipertensión	<input type="checkbox"/> Infecciones transmitidas	<input type="checkbox"/> El abuso de drogas o alcohol														
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> La enfermedad del tabaco	sexualmentes/ VIH	<input type="checkbox"/> Otro(s) _____														
<input type="checkbox"/> Salud emocional	verde	<input type="checkbox"/> Fumar															
<input type="checkbox"/> Planificación familiar	<input type="checkbox"/> Nutrición																
Notes																	