

	2022 Farmworker Outreach Health Assessment - Adol (12-17)	ORW: _____	Date: _____
Optional	FHASES ID: _____ Cohort: _____ Employer: _____		
Privacy*	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. Firma: _____		
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 <i>(If migrant)</i> Fecha de salida estimada: _____ Raza: <input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Negra <input type="checkbox"/> India americana <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Sin respuesta ¿Presente sin padres? Sí / No ¿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"/> Algo distinto <input type="checkbox"/> No sé <input type="checkbox"/> Me niego a contestar 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: _____ Refuerzo fecha: _____ clínica: _____ marca: _____ ¿Tiene su tarjeta/comprobante de vacunación? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <i>(If not, help replace)</i> 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 <i>If >120/80, offer health ed. If >140/90, offer referral.</i> 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: _____ <i>(If yes) ¿Cómo puedo ayudarle con ese problema? (help requested)</i> _____ ¿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? No/ Sí <i>(checkup and vaccines in last 2 years) If no, provide referral to primary care or health department.</i> Referral: <input type="checkbox"/> Provided <input type="checkbox"/> Follow up <input type="checkbox"/> Declined <i>Diabetes, pregnancy, HTN, HIV, TB or abnormal cancer screen, consider MCN</i>		
Occupational	¿Trabaja Ud. en el campo? No/ Sí <i>(If yes) ¿Quisiera más información sobre como protegerse en su trabajo? (como las pesticidas, la insolación o algo más) (workplace health ed) No/ Sí:</i> _____ <i>(If yes) ¿Se preocupa por condiciones en su trabajo? (como pago injusto, ser expuesto a las pesticidas, otras prácticas ilegales) (workplace concerns) No/ Sí:</i> _____ Health ed: <input type="checkbox"/> Provided <input type="checkbox"/> Follow up Referral: <input type="checkbox"/> Provided <input type="checkbox"/> Follow up <input type="checkbox"/> Declined Health ed topic: _____		

MH	<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 (PHQ-9: Modificado para Adolescentes)</i></p> <p><i>For positive PHQ-9, offer referral</i></p> <p>Referral: <input type="checkbox"/> Provided <input type="checkbox"/> Follow up <input type="checkbox"/> Declined</p> <p>PHQ-9: <input type="checkbox"/> Provided <input type="checkbox"/> Follow up <input type="checkbox"/> Declined</p>																
Substance use	<p>Durante los ÚLTIMOS 12 MESES, cuántos días:</p> <p>1. ¿Has bebido algo más que unos sorbos de cerveza, vino o alguna bebida con alcohol? _____</p> <p>2. ¿Has usado algún tipo de marihuana (cannabis, aceite, cera, para fumar, vaporizar, fumar dosis muy concentradas o "dabs" o en los alimentos) o "marihuana sintética" (como "K2", "Spice")? _____</p> <p>3. ¿Has usado algo más para drogarte (como otras drogas ilegales, medicamentos recetados o de venta libre, y cosas para inhalar, esnifar, vaporizar o inyectarse)? _____</p> <p>4. ¿Alguna vez has viajado en un vehículo conducido por alguien (incluido/a tú mismo/a) que estaba drogado o que había consumido alcohol o drogas? Sí/No</p> <p><i>Si el/la paciente respondió... "1" o más en las P. 1, 2, o 3 ---> Hágale las preguntas de la CRAFTT Parte B y proveer ed. ---> Remitir si "sí" a 2 o más en la Parte B</i></p> <p>CRAFTT Parte B: <input type="checkbox"/> Provided <input type="checkbox"/> Follow up <input type="checkbox"/> Declined</p> <p>Health ed: <input type="checkbox"/> Provided <input type="checkbox"/> Follow up <input type="checkbox"/> Declined</p> <p>Referral: <input type="checkbox"/> Provided <input type="checkbox"/> Follow up <input type="checkbox"/> Declined</p>																
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: _____</p> <p>_____ Está bien dejar un mensaje.</p> <p>_____ 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> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin-top: 10px;"> <p>Contacto en caso de emergencia (opcional)</p> <p>Nombre y apellido: _____</p> <p>Número de teléfono: _____</p> <p>Relación: _____</p> </div>																
Addtl. Health Ed	<p>¿Sobre cuales temas de salud desea más información? (health ed) Circle those desired and check off if provided.</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Acceso al internet</td> <td><input type="checkbox"/> Fumar</td> <td><input type="checkbox"/> La enfermedad del tabaco verde</td> <td><input type="checkbox"/> Salud dental</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> COVID-19</td> <td><input type="checkbox"/> Hipertensión</td> <td><input type="checkbox"/> Nutrición</td> <td><input type="checkbox"/> Salud emocional</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Diabetes</td> <td><input type="checkbox"/> Infecciones transmitidas sexualmente/ VIH</td> <td><input type="checkbox"/> Preparación ante emergencias</td> <td><input type="checkbox"/> Servicios de telesalud</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> El abuso de drogas o alcohol</td> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Otro(s) _____</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Acceso al internet	<input type="checkbox"/> Fumar	<input type="checkbox"/> La enfermedad del tabaco verde	<input type="checkbox"/> Salud dental	<input type="checkbox"/> COVID-19	<input type="checkbox"/> Hipertensión	<input type="checkbox"/> Nutrición	<input type="checkbox"/> Salud emocional	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Infecciones transmitidas sexualmente/ VIH	<input type="checkbox"/> Preparación ante emergencias	<input type="checkbox"/> Servicios de telesalud	<input type="checkbox"/> El abuso de drogas o alcohol			<input type="checkbox"/> Otro(s) _____
<input type="checkbox"/> Acceso al internet	<input type="checkbox"/> Fumar	<input type="checkbox"/> La enfermedad del tabaco verde	<input type="checkbox"/> Salud dental														
<input type="checkbox"/> COVID-19	<input type="checkbox"/> Hipertensión	<input type="checkbox"/> Nutrición	<input type="checkbox"/> Salud emocional														
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Infecciones transmitidas sexualmente/ VIH	<input type="checkbox"/> Preparación ante emergencias	<input type="checkbox"/> Servicios de telesalud														
<input type="checkbox"/> El abuso de drogas o alcohol			<input type="checkbox"/> Otro(s) _____														
Notes																	