

| | | | |
|----------------|---|------------|-------------|
| | 2022 Farmworker Outreach Health Assessment - Adult (18 and up) | 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? <input type="checkbox"/> H2B?)/ 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 ¿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: _____ 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: _____ Referral: <input type="checkbox"/> Provided <input type="checkbox"/> Follow up <input type="checkbox"/> Declined <i>*Schedule a diabetes departure visit, if needed:</i> _____ <i>Diabetes*, pregnancy, HTN, HIV, TB or abnormal cancer screen, consider MCN</i> | | |
| Occupational | ¿Trabaja Ud. en el campo? No/ Sí <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> _____ <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> _____ 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: _____ | | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|---|--|---|---------------------------------------|--|---------------------------------------|------------------------------------|---|-----------------------------------|--|--|---|---|--|--|--|
| 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 behavioral health or primary care referral and full depression screen (PHQ-9)</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>¿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="203 441 1534 661"> <tr> <td data-bbox="162 504 194 609">CAGE-AID</td> <td data-bbox="219 462 1396 493">¿Ha sentido alguna vez que debería reducir su uso de alcohol y/o drogas?</td> <td data-bbox="1445 462 1518 493">No / Sí</td> </tr> <tr> <td></td> <td data-bbox="219 493 1396 525">¿Se ha sentido alguna vez molesto por las críticas de la gente acerca de su uso de alcohol y/o drogas?</td> <td data-bbox="1445 493 1518 525">No / Sí</td> </tr> <tr> <td></td> <td data-bbox="219 525 1396 556">¿Alguna vez se ha sentido culpable o mal debido a su uso de alcohol y/o drogas?</td> <td data-bbox="1445 525 1518 556">No / Sí</td> </tr> <tr> <td></td> <td data-bbox="219 556 1396 619">¿Alguna vez ha necesitado alcohol y/o drogas temprano en la mañana para calmar sus nervios o ayudarlo con la resaca?</td> <td data-bbox="1445 588 1518 619">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</p> <p>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?</p> <p><i>Ask patient to initial next to each below if OK.</i></p> <p>Número Celular: _____</p> <p>_____ Está bien dejar un mensaje con otra persona.</p> <p>_____ Está bien dejar un mensaje de voz.</p> <p>_____ Está bien mandar un mensaje de texto (SMS) aunque no se garantiza es totalmente privado.</p> <p>_____ Está bien mandar un mensaje por WhatsApp aunque no se garantiza es totalmente privado.</p> <p>Dirección de correo electrónico: _____</p> <p>_____ Está bien mandar un mensaje.</p> <p>¿Cuál método prefiere para comunicar? Circle preference.</p> <table border="1" data-bbox="987 961 1567 1092"> <tr> <td colspan="2">Contacto en caso de emergencia (opcional)</td> </tr> <tr> <td>Nombre y apellido:</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>Número de teléfono:</td> <td>_____</td> </tr> </table> | Contacto en caso de emergencia (opcional) | | Nombre y apellido: | _____ | Número de teléfono: | _____ | | | | | | | | | | |
| Contacto en caso de emergencia (opcional) | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre y apellido: | _____ | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Número de teléfono: | _____ | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 1333 1534 1459"> <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 | | | | | | | | | | | | | | | | | |