

	2023 Farmworker Outreach Health Assessment - Adol (12-17)	ORW: _____	Date: _____
Optional	FHASES ID: _____ Cohort: _____ Employer: _____		
Privacy	<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	<p>Nombre (primero, apellido): _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____ <input type="checkbox"/> Est. mm/dd/yyyy</p> <p>El idioma que prefiere: Esp / Ingl / Otro: _____</p> <p>Trabajador: Migrante (<input type="checkbox"/> H2A?)/ Temporal/ Otro ¿Se necesita intérprete? Sí / No (If migrant) Fecha de salida estimada: _____</p> <p>¿Hispano o Latino? Sí / No / Sin respuesta Raza: <input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Negra <input type="checkbox"/> Indígena estadounidense/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii <input type="checkbox"/> Nativo de otra isla del Pacífico <input type="checkbox"/> Sin respuesta</p> <p>¿Presente sin padres? Sí / No</p> <p>¿Qué sexo le asignaron al nacer? Masculino/ Femenino</p> <p>¿Cómo se considera? Hombre/ Mujer/ Hombre transgénero / Mujer transgénero / Otro/ Me niego a contestar</p> <p>¿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</p> <p>Tipo de vivienda: Dueño de casa/ Alquila/ Del patrón/ No tiene</p> <p>Dirección de casa: _____ Ciudad: _____ US veteran? Sí / No</p> <p>Estado: _____ Código postal: _____ Condado: _____</p> <p>Seguro de salud: Ningún / Medicaid / Medicare / Health Choice / Privado Ingreso familiar (\$ amount): _____</p> <p>Cantidad de ingreso es por: semana / 2 semanas/ mes / año # meses trabaja: ____ # personas en la familia: ____</p>		
Communication	<p>¿Cómo podemos comunicarnos con Ud? Ask patient to initial next to each below if OK.</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>Número de WhatsApp (si es diferente): _____</p> <p>¿Cuál método prefiere para comunicar? Mark preference.</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content;"> <p>Contacto en caso de emergencia (opcional)</p> <p>Nombre y apellido: _____</p> <p>Número de teléfono: _____</p> <p>Relación: _____</p> </div>		
COVID-19	<p>¿Ha recibido la vacuna contra el COVID-19? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>¿Ha recibido el refuerzo bivalente? (disponible en los EE.UU. desde septiembre 2022) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>If "no" to either of the above, offer a referral.</p> <p>Si ya no hay copia de la tarjeta de vacunación en el expediente del paciente, anote los detalles que siguen:</p> <p>1ª dosis fecha: _____ clínica: _____ marca: _____</p> <p>2ª dosis fecha: _____ clínica: _____ marca: _____</p> <p>Refuerzo fecha: _____ clínica: _____ marca: _____</p> <p>Refuerzo fecha: _____ clínica: _____ marca: _____</p> <p>Health ed: <input type="checkbox"/> Provided <input type="checkbox"/> Follow up</p> <p>Vaccine : <input type="checkbox"/> Provided <input type="checkbox"/> Referral <input type="checkbox"/> Follow up <input type="checkbox"/> Declined</p> <p>Testing : <input type="checkbox"/> Provided <input type="checkbox"/> Referral <input type="checkbox"/> Follow up <input type="checkbox"/> Declined</p>		
Vitals	<p>Presión sanguínea: _____ Health ed: <input type="checkbox"/> Provided <input type="checkbox"/> Follow up</p> <p>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</p>		
General Health	<p>¿Hay algo que le preocupe acerca de su salud? (health concerns) No/ Sí: _____</p> <p>(If yes) ¿Cómo puedo ayudarle con ese problema? (help requested) _____</p> <p>¿Usted ha sido diagnosticado con alguna condición médica? (prev. diagnoses) No/ Sí: _____</p> <p>¿Está tomando (o debería estar tomando) medicinas? (medicines) No/ Sí: _____</p>		

General Health cont.	<p>¿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</i>) If no, provide referral to primary care or health department.</p> <p>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></p>																
Occupational	<p>¿Trabaja Ud. en el campo? No/ Sí (<i>If yes</i>) ¿Quisiera más información sobre como protegerse en su trabajo? (como las pesticidas, la insolación o algo más) (<i>workplace health ed</i>) No/ Sí: _____</p> <p>(<i>If yes</i>) ¿Se preocupa por condiciones en su trabajo? (como pago injusto, ser expuesto a las pesticidas, otras prácticas ilegales) (<i>workplace concerns</i>) No/ Sí: _____</p> <p>Health ed: <input type="checkbox"/> Provided <input type="checkbox"/> Follow up</p> <p>Referral: <input type="checkbox"/> Provided <input type="checkbox"/> Follow up <input type="checkbox"/> Declined Health ed topic: _____</p>																
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> Referral: <input type="checkbox"/> Provided <input type="checkbox"/> Follow up <input type="checkbox"/> Declined</p> <p><i>For positive PHQ-9, offer referral</i> 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 ---> Hágle las preguntas de la CRAFFT Parte B y proveer ed.</i> CRAFFT Parte B: <input type="checkbox"/> Provided <input type="checkbox"/> Follow up <input type="checkbox"/> Declined</p> <p><i>---> Remitir si "sí" a 2 o más en la Parte B</i> 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>																
Addtl. Health Ed	<p>¿Sobre cuales temas de salud desea más información? (health ed) Circle those desired and check off if provided.</p> <table border="0"> <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><input type="checkbox"/> Otro(s) _____</td> <td></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																	