

	2023 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. <small>mm/dd/yyyy</small> El idioma que prefiere: Esp/ Ingl/ Otro: _____ ¿Se necesita intérprete? Sí/ No Trabajador: Migrante (<input type="checkbox"/> H2A? <input type="checkbox"/> H2B?)/ Temporal/ Otro Raza: <input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Negra <i>(If migrant)</i> Fecha de salida estimada: _____ <input type="checkbox"/> Indígena estadounidense/Nativo de Alaska ¿Hispano o Latino? Sí/ No/ Sin respuesta <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii ¿Qué sexo le asignaron al nacer? Masculino/ Femenino <input type="checkbox"/> Nativo de otra isla del Pacífico <input type="checkbox"/> Sin respuesta ¿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 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: ____ Tipo de vivienda: Dueño de casa/ Alquila/ Del patrón/ No tiene US veteran? Sí/ No Dirección de casa: _____ Ciudad: _____ Estado: ____ Código postal: _____ Condado: _____		
Communication	¿Cómo podemos comunicarnos con Ud? <i>Ask patient to initial next to each below if OK.</i> Número Celular: _____ _____ _____ _____ _____ ¿Cuál método prefiere para comunicar? <i>Circle preference.</i>		
COVID-19	¿Ha recibido la vacuna contra el COVID-19? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Ha recibido el refuerzo bivalente? (disponible en los EE.UU. desde septiembre 2022) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <i>If "no" to either of the above, offer a referral.</i> <i>Si ya no hay copia de la tarjeta de vacunación en el expediente del paciente, anote los detalles que siguen:</i> 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	<p>¿Trabaja Ud. en el campo? No/ Sí</p> <p><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></p> <p><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></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</p> <p>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 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> <p>Health ed: <input type="checkbox"/> Provided <input type="checkbox"/> Follow up</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="224 814 1507 1045"> <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>_____</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 data-bbox="186 1411 1526 1533"> <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																	