

2023 Farmworker Outreach Health Assessment - Peds (0-11)		ORW:	Date:
Optional	FHASES ID: _____ Cohort: _____ Employer: _____		
Privacy	<p>Con mi firma indico que entiendo que se guarda la privacidad de la información de mi niño/a 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 del padre o guardián legal: _____</p>		
Demographics	<p>Nombre (primero, apellido): _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____ <input type="checkbox"/> Est. mm/dd/yyyy</p> <p>El idioma que prefiere: Esp/ Ing/ Otro: _____ ¿Se necesita intérprete? Sí/ No</p> <p>Trabajador: Migrante (<input type="checkbox"/> H2A? <input type="checkbox"/> H2B?)/Temporal/ Otro Raza: <input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Negra (If migrant) Fecha de salida estimada: _____ <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>¿Hispano o Latino? Sí/ No/ Sin respuesta</p> <p>Padre o guardián legal: _____</p> <p>¿Cómo se considera su niño(a)? Niño / Niña/ Niño transgénero / Niña transgénero / Otro(a) / Me niego a contestar</p> <p>¿Qué sexo le asignaron a su niño al nacer? Masculino/ Femenino</p> <p>Tipo de vivienda: Dueño de casa/ Alquila/ Del patrón/ No tiene</p> <p>Dirección de casa: _____ Ciudad: _____</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.? <i>Ask parent to initial next to each below if OK.</i></p> <p>Número de celular: _____ Nombre y apellido del padre/tutor: _____</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? <i>Mark preference.</i></p>		
COVID-19	<p><i>(If age 6 months or older)</i> ¿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><i>If "no" to either of the above, offer a referral.</i></p> <p><i>Si ya no hay copia de la tarjeta de vacunación en el expediente del paciente, anote los detalles que siguen:</i></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>		
Gov't Services	<p>Si 0-5, inscrito en WIC? No/ Sí Inscrito en Head Start Migrante? No/ Sí/ No hay</p> <p>Si 5-12, matriculado en la escuela? No/ Sí 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 la salud de su niño? (health concerns) No/ Sí: _____</p> <p><i>(If yes) ¿Cómo puedo ayudarle con ese problema? (help requested)</i> _____</p> <p>¿Su niño ha sido diagnosticado con alguna condición médica? (prev. diagnoses) No/ Sí: _____</p> <p>¿Está tomando (o debería estar tomando) su niño medicinas? (medicines) No/ Sí: _____</p>		

