

	2024 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. <i>mm/dd/yyyy</i> El idioma que prefiere: Esp / Ingl / Otro: _____ Trabajador: Migrante (<input type="checkbox"/> H2A?)/ Temporal/ Otro ¿Se necesita intérprete? Sí / No <i>(If migrant)</i> Fecha de salida estimada: _____ ¿Presente sin padres? Sí / No ¿Es Ud. de origen ____? Marque todas las que correspondan. <input type="checkbox"/> Mexicano, mexicanoamericano, chicano <input type="checkbox"/> Puertorriqueño <input type="checkbox"/> Cubano <input type="checkbox"/> Otro origen hispano, latino o español <input type="checkbox"/> No es de origen hispano, latino o español <input type="checkbox"/> Sin respuesta ¿Cuál es su raza? Marque todas las que correspondan. <input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Coreana <input type="checkbox"/> Indígena de las Américas o nativa de Alaska <input type="checkbox"/> Negra o afroamericana <input type="checkbox"/> Filipina <input type="checkbox"/> Samoana <input type="checkbox"/> Nativa de Hawái <input type="checkbox"/> Alguna otra raza <input type="checkbox"/> Chamorra <input type="checkbox"/> Japonesa <input type="checkbox"/> India asiática <input type="checkbox"/> Sin respuesta <input type="checkbox"/> China <input type="checkbox"/> Otra asiática <input type="checkbox"/> Otra de las islas del Pacífico ¿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: ____		
Communication	¿Cómo podemos comunicarnos con Ud? <i>Ask patient to initial next to each below if OK.</i> _____ Está bien dejar un mensaje con otra persona. _____ Está bien dejar un mensaje de voz. _____ Está bien mandar un mensaje de texto (SMS) aunque no se garantiza es totalmente privado. _____ Está bien mandar un mensaje por WhatsApp aunque no se garantiza es totalmente privado. Número de WhatsApp (si es diferente): _____ ¿Cuál método prefiere para comunicar? <i>Mark preference.</i>		
	Contacto en caso de emergencia (opcional) Nombre y apellido: _____ Número de teléfono: _____ Relación: _____		
COVID-19	¿Tiene alguna pregunta sobre COVID-19? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Health ed: <input type="checkbox"/> Provided <input type="checkbox"/> Follow up Vaccine ed: <input type="checkbox"/> Provided <input type="checkbox"/> Referral <input type="checkbox"/> Follow up <input type="checkbox"/> Declined Self-test kit : <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: _____		

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) If no, provide referral to primary care or health department.</i></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) ¿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><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>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, ¿qué tan seguido ha tenido molestias debido a los siguientes problemas? (PHQ-2)</p> <table border="1" data-bbox="133 426 1572 798"> <thead> <tr> <th></th> <th>Ningún día</th> <th>Varios días</th> <th>Más de la mitad de los días</th> <th>Casi todos los días</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. Poco interés o placer en hacer cosas</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>2. Se ha sentido decaído(a), deprimido(a) o sin esperanzas</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table> <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> <p><i>If yes to either question, offer a referral or full depression screen (PHQ-9: Modificado para Adolescentes) For positive PHQ-9, offer referral</i></p>						Ningún día	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días	1. Poco interés o placer en hacer cosas	0	1	2	3	2. Se ha sentido decaído(a), deprimido(a) o sin esperanzas	0	1	2	3					
	Ningún día	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días																					
1. Poco interés o placer en hacer cosas	0	1	2	3																					
2. Se ha sentido decaído(a), deprimido(a) o sin esperanzas	0	1	2	3																					
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>																								
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="1" data-bbox="133 1476 1572 1686"> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/> Acceso al internet</td> <td><input type="checkbox"/> Hipertensión</td> <td><input type="checkbox"/> Nutrición</td> <td><input type="checkbox"/> Otro(s) _____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> COVID-19</td> <td><input type="checkbox"/> Infecciones transmitidas sexualmente/ VIH</td> <td><input type="checkbox"/> Preparación ante emergencias</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Diabetes</td> <td><input type="checkbox"/> La enfermedad del tabaco verde</td> <td><input type="checkbox"/> Salud dental</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> El abuso de drogas o alcohol</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Salud emocional</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Fumar</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Servicios de telesalud</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>					<input type="checkbox"/> Acceso al internet	<input type="checkbox"/> Hipertensión	<input type="checkbox"/> Nutrición	<input type="checkbox"/> Otro(s) _____	<input type="checkbox"/> COVID-19	<input type="checkbox"/> Infecciones transmitidas sexualmente/ VIH	<input type="checkbox"/> Preparación ante emergencias		<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> La enfermedad del tabaco verde	<input type="checkbox"/> Salud dental		<input type="checkbox"/> El abuso de drogas o alcohol		<input type="checkbox"/> Salud emocional		<input type="checkbox"/> Fumar		<input type="checkbox"/> Servicios de telesalud	
<input type="checkbox"/> Acceso al internet	<input type="checkbox"/> Hipertensión	<input type="checkbox"/> Nutrición	<input type="checkbox"/> Otro(s) _____																						
<input type="checkbox"/> COVID-19	<input type="checkbox"/> Infecciones transmitidas sexualmente/ VIH	<input type="checkbox"/> Preparación ante emergencias																							
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> La enfermedad del tabaco verde	<input type="checkbox"/> Salud dental																							
<input type="checkbox"/> El abuso de drogas o alcohol		<input type="checkbox"/> Salud emocional																							
<input type="checkbox"/> Fumar		<input type="checkbox"/> Servicios de telesalud																							
Notes																									