

|                |  |            |             |
|----------------|--|------------|-------------|
|                | <b>2024 Farmworker Outreach Health Assessment - Adult (18 and up)</b>  | ORW: _____ | Date: _____ |
| Optional       | FHAES 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><b>Nombre (primero, apellido):</b> _____ <b>Fecha de nacimiento:</b> ____/____/____ <input type="checkbox"/> Est.<br/>mm/dd/yyyy</p> <p><b>El idioma que prefiere:</b> Esp/ Ingl/ Otro: _____ <b>¿Se necesita intérprete?</b> Sí/ No</p> <p><b>Trabajador:</b> Migrante (<input type="checkbox"/> H2A? <input type="checkbox"/> H2B?)/ Temporal/ Otro<br/>(If migrant) <b>Fecha de salida estimada:</b> _____</p> <p><b>¿Es Ud. de origen ____? Marque todas las que correspondan.</b></p> <p><input type="checkbox"/> Mexicano, mexicanoamericano, chicano <input type="checkbox"/> Puertorriqueño <input type="checkbox"/> Cubano<br/><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</p> <p><b>¿Cuál es su raza? Marque todas las que correspondan.</b></p> <p><input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Coreana <input type="checkbox"/> Indígena de las Américas o nativa de Alaska<br/><input type="checkbox"/> Negra o afroamericana <input type="checkbox"/> Filipina <input type="checkbox"/> Samoana <input type="checkbox"/> Nativa de Hawái<br/><input type="checkbox"/> Alguna otra raza <input type="checkbox"/> Chamorra <input type="checkbox"/> Japonesa <input type="checkbox"/> India asiática<br/><input type="checkbox"/> Sin respuesta <input type="checkbox"/> China <input type="checkbox"/> Otra asiática <input type="checkbox"/> Otra de las islas del Pacífico</p> <p><b>¿Qué sexo le asignaron al nacer?</b> Masculino/ Femenino</p> <p><b>¿Cómo se considera?</b> Hombre/ Mujer/ Hombre transgénero / Mujer transgénero / Otro/ Me niego a contestar</p> <p><b>¿Cómo se considera?</b> <input type="checkbox"/> Heterosexual (ni gay, ni lesbiana) <input type="checkbox"/> Lesbiana, gay u homosexual <input type="checkbox"/> Bisexual<br/><input type="checkbox"/> Algo distinto <input type="checkbox"/> No sé <input type="checkbox"/> Me niego a contestar</p> <p><b>Seguro de salud:</b> Ningún / Medicaid / Medicare / Health Choice / Privado <b>Ingreso familiar (\$ amount):</b> _____</p> <p><b>Cantidad de ingreso es por:</b> semana / 2 semanas/ mes / año <b># meses trabaja:</b> ____ <b># personas en la familia:</b> ____</p> <p><b>Tipo de vivienda:</b> Dueño de casa/ Alquila/ Del patrón/ No tiene <b>US veteran?</b> Sí/ No</p> <p><b>Dirección de casa:</b> _____ <b>Ciudad:</b> _____</p> <p><b>Estado:</b> _____ <b>Código postal:</b> _____ <b>Condado:</b> _____</p> |            |             |
| Communication  | <p><b>¿Cómo podemos comunicarnos con Ud?</b><br/><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.<br/>_____ Está bien dejar un mensaje de voz.<br/>_____ Está bien mandar un mensaje de texto (SMS) aunque no se garantiza es totalmente privado.<br/>_____ Está bien mandar un mensaje por WhatsApp aunque no se garantiza es totalmente privado.<br/>Número de WhatsApp (si es diferente): _____</p> <p><b>¿Cuál método prefiere para comunicar? Circle preference.</b></p>  |            |             |
| COVID-19       | <p><b>¿Tiene alguna pregunta sobre COVID-19?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p><b>Health ed:</b> <input type="checkbox"/> Provided <input type="checkbox"/> Follow up</p> <p><b>Vaccine ed :</b> <input type="checkbox"/> Provided <input type="checkbox"/> Referral <input type="checkbox"/> Follow up <input type="checkbox"/> Declined</p> <p><b>Self test kit:</b> <input type="checkbox"/> Provided <input type="checkbox"/> Referral <input type="checkbox"/> Follow up <input type="checkbox"/> Declined</p>   |            |             |
| Vitals         | <p><b>Presión sanguínea:</b> _____ <b>Health ed:</b> <input type="checkbox"/> Provided <input type="checkbox"/> Follow up</p> <p><i>If &gt;120/80, offer health ed. If &gt;140/90, offer referral.</i> <b>Referral:</b> <input type="checkbox"/> Provided <input type="checkbox"/> Follow up <input type="checkbox"/> Declined</p>   |            |             |
| General health | <p><b>¿Hay algo que le preocupe acerca de su salud? (health concerns) No / Sí:</b> _____</p> <p><i>(If yes) ¿Cómo puedo ayudarle con ese problema? (help requested)</i> _____</p> <p><b>¿Usted ha sido diagnosticado con alguna condición médica? (prev. diagnoses) No / Sí:</b> _____</p> <p><b>¿Está tomando (o debería estar tomando) medicinas? (medicines) No / Sí:</b> _____</p> <p><b>Referral:</b> <input type="checkbox"/> Provided <input type="checkbox"/> Follow up <input type="checkbox"/> Declined <b>*Schedule a diabetes departure visit, if needed:</b> _____</p> <p><i>Diabetes*, pregnancy, HTN, HIV, TB or abnormal cancer screen, consider MCN</i></p>   |            |             |

| <b>Occupational</b>  | <p>¿Trabaja Ud. en el campo? No/ Sí</p> <p>(If yes) ¿Se preocupa por condiciones en su trabajo? (como pago injusto, ser expuesto a las pesticidas, otras prácticas ilegales) (workplace concerns) No/ Sí: _____</p> <p>(If yes) ¿Quisiera más información sobre como protegerse en su trabajo? (como las pesticidas, la insolación o algo más) (workplace health ed) No/ Sí: _____</p> <p>Referral: <input type="checkbox"/> Provided <input type="checkbox"/> Follow up <input type="checkbox"/> Declined      Health ed. topic: _____ <input type="checkbox"/> Provided <input type="checkbox"/> Follow up</p>  |   |   |                     |  |   |  |   |                                       |  |   |                                    |   |                                   |  |  |   |   |   |   |  |
|--|---|---|---|---------------------|--|---|--|---|---------------------------------------|--|---|------------------------------------|---|-----------------------------------|--|--|---|---|---|---|--|
| <b>MH</b>  | <p>Durante las últimas 2 semanas, ¿qué tan seguido ha tenido molestias debido a los siguientes problemas? (PHQ-2)</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 60%;"></th> <th style="width: 10%;">Ningún día</th> <th style="width: 10%;">Varios días</th> <th style="width: 10%;">Más de la mitad de los días</th> <th style="width: 10%;">Casi todos los días</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. Poco interés o placer en hacer cosas</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> </tr> <tr> <td>2. Se ha sentido decaído(a), deprimido(a) o sin esperanzas</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> </tr> </tbody> </table> <p>If &gt;0 to either question, offer a behavioral health or primary care referral and full depression screen (PHQ-9)</p> <p>Referral: <input type="checkbox"/> Provided <input type="checkbox"/> Follow up <input type="checkbox"/> Declined<br/> PHQ-9: <input type="checkbox"/> Provided <input type="checkbox"/> Follow up <input type="checkbox"/> Declined<br/> Health ed: <input type="checkbox"/> Provided <input type="checkbox"/> Follow up</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                   |  |   |  |   |                                       |  |   |                                    |   |                                   |  |  |   |   |   |   |  |
| <b>Substance use</b>                                       | <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 (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)</p> <p>If yes to either question above, complete 4 CAGE-AID questions:</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tbody> <tr> <td style="width: 5%; text-align: center; vertical-align: middle;"><b>CAGE-AID</b></td> <td style="width: 85%;">¿Ha sentido alguna vez que debería reducir su uso de alcohol y/o drogas? .....</td> <td style="width: 10%;">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> </tbody> </table> <p>If yes to any of the 4 questions, provide referral.</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> |   |   |                     |  | <b>CAGE-AID</b>                             | ¿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   |   |   |   |  |
| <b>CAGE-AID</b>  | ¿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   |   |                     |  |   |  |   |                                       |  |   |                                    |   |                                   |  |  |   |   |   |   |  |
| <b>CM</b>  | <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>  |   |   |                     |  |   |  |   |                                       |  |   |                                    |   |                                   |  |  |   |   |   |   |  |
| <b>Addtl. Health Ed</b>                                    | <p>¿Sobre cuales temas de salud desea más información? (health ed) Circle those desired and check off if provided.</p> <table style="width: 100%;"> <tbody> <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> </tbody> </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) _____          |                     |  |   |  |   |                                       |  |   |                                    |   |                                   |  |  |   |   |   |   |  |
| <b>Notes</b>   |   |   |   |                     |  |   |  |   |                                       |  |   |                                    |   |                                   |  |  |   |   |   |   |  |