

	2025 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 <i>(If migrant) Fecha de salida estimada:</i> _____ ¿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 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: _____ _____ 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? Circle preference.		
	Contacto en caso de emergencia (opcional) Nombre y apellido: _____ Número de teléfono: _____ Relación: _____		
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: _____ ¿Está interesado en servicios de salud/bienestar emocional? (behavioral health) 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>		

COVID-19	<p>¿Tiene alguna pregunta sobre COVID-19? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Health ed: <input type="checkbox"/> Provided <input type="checkbox"/> Follow up</p> <p>Vaccine ed: <input type="checkbox"/> Provided <input type="checkbox"/> Referral <input type="checkbox"/> Follow up <input type="checkbox"/> Declined</p> <p>Self test kit: <input type="checkbox"/> Provided <input type="checkbox"/> Referral <input type="checkbox"/> Follow up <input type="checkbox"/> Declined</p>																
Occupational	<p>¿Trabaja Ud. en el campo? No/ Sí</p> <p><i>(If yes) ¿Se preocupa por condiciones en su trabajo?</i> (como pago injusto, ser expuesto a las pesticidas, otras prácticas ilegales) <i>(workplace concerns)</i> No/ Sí: _____</p> <p><i>(If yes) ¿Quisiera más información sobre como protegerse en su trabajo?</i> (como las pesticidas, la insolación o algo más) <i>(workplace health ed)</i> 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>																
Mental health	<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 60%;">Durante las últimas 2 semanas, ¿qué tan seguido ha tenido molestias debido a los siguientes problemas? (PHQ-2)</td> <td style="text-align: center;">Ningún día</td> <td style="text-align: center;">Varios días</td> <td style="text-align: center;">Más de la mitad de los días</td> <td style="text-align: center;">Casi todos los días</td> </tr> <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> </table> <p><i>If >0 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"/> Completed <input type="checkbox"/> Follow up <input type="checkbox"/> Declined</p> <p>Health ed: <input type="checkbox"/> Provided <input type="checkbox"/> Follow up</p>	Durante las últimas 2 semanas, ¿qué tan seguido ha tenido molestias debido a los siguientes problemas? (PHQ-2)	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	
Durante las últimas 2 semanas, ¿qué tan seguido ha tenido molestias debido a los siguientes problemas? (PHQ-2)	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>¿En el último año, usted ha fumado o usado productos de tabaco? (tobacco) No / Sí</p> <p><i>If yes, provide education & QUITLINE</i> Health ed: <input type="checkbox"/> Provided <input type="checkbox"/> Follow up <input type="checkbox"/> Declined</p> <p>¿En el último año, usted ha tomado más de 4 bebidas alcohólicas en una sola vez? (alcohol) No / Sí</p> <p><i>If yes, provide education</i> Health ed: <input type="checkbox"/> Provided <input type="checkbox"/> Follow up <input type="checkbox"/> Declined</p> <p>¿En el último año, usted ha utilizado alguna otra sustancia/droga (incluyendo marihuana, cocaína, anfetaminas [cristal] u opioides [medicamento recetado no en su nombre/narcóticos])? (other substances) No / Sí</p> <p><i>If yes, provide education</i> Health ed: <input type="checkbox"/> Provided <input type="checkbox"/> Follow up <input type="checkbox"/> Declined</p> <p><u><i>If yes to any question above:</i></u></p> <p>¿Está interesado en un apoyo para ayudarle a reducir el uso de sustancia(s)/droga(s) incluyendo tabaco y alcohol? No / Sí</p> <p><i>If yes, provide referral to primary care or behavioral health services.</i></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" style="width: 100%;"> <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																	