

	<b>2025 Farmworker Outreach Health Assessment - Adol (12-17)</b>	ORW: _____	Date: _____
Optional	<b>FHASES ID:</b> _____ <b>Cohort:</b> _____ <b>Employer:</b> _____		
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><b>Firma:</b> _____</p>		
Demographics	<p><b>Nombre (primero, apellido):</b> _____ <b>Fecha de nacimiento:</b> ____/____/____ <input type="checkbox"/> Est.  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?)/ Temporal/ Otro  <i>(If migrant) Fecha de salida estimada:</i> _____</p> <p><b>¿Presente sin padres?</b> Sí / No</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  <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  <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</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  <input type="checkbox"/> Algo distinto <input type="checkbox"/> No sé <input type="checkbox"/> Me niego a contestar</p> <p><b>Tipo de vivienda:</b> Dueño de casa/ Alquiler/ Del patrón/ No tiene</p> <p><b>Dirección de casa:</b> _____</p> <p><b>Estado:</b> _____ <b>Código postal:</b> _____ <b>Condado:</b> _____</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>		
Communication	<p><b>¿Cómo podemos comunicarnos con Ud?</b>  <i>Ask patient to initial next to each below if OK.</i>  <b>Número Celular:</b> _____</p> <p>_____ 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.  <b>Número de WhatsApp (si es diferente):</b> _____</p> <p><b>¿Cuál método prefiere para comunicar? Circle preference.</b></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> _____  <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>¿Está interesado en servicios de salud/bienestar emocional? (behavioral health) No / Sí:</b> _____</p> <p><b>¿Ha tenido un examen físico en el que le pusieron vacunas, en los últimos dos años? No/ Sí</b>  <i>(checkup and vaccines in last 2 years) If no, provide referral to primary care or health department.</i></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> _____  <i>Diabetes*, pregnancy, HTN, HIV, TB or abnormal cancer screen, consider MCN</i></p>		

<b>COVID-19</b>	<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>																
<b>Occupational</b>	<p><b>¿Trabaja Ud. en el campo? No/ Sí</b></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><b>Referral:</b> <input type="checkbox"/> Provided <input type="checkbox"/> Follow up <input type="checkbox"/> Declined      <b>Health ed. topic:</b> _____ <input type="checkbox"/> Provided <input type="checkbox"/> Follow up</p>																
<b>Mental health</b>	<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 60%;"><b>Durante las últimas 2 semanas, ¿qué tan seguido ha tenido molestias debido a los siguientes problemas? (PHQ-2)</b></td> <td style="width: 10%; text-align: center;"><b>Ningún día</b></td> <td style="width: 10%; text-align: center;"><b>Varios días</b></td> <td style="width: 10%; text-align: center;"><b>Más de la mitad de los días</b></td> <td style="width: 10%; text-align: center;"><b>Casi todos los días</b></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 &gt;0 to either question, offer a behavioral health or primary care referral and full depression screen (PHQ-9: Modificado para Adolescentes)</i></p> <p><b>Referral:</b> <input type="checkbox"/> Provided <input type="checkbox"/> Follow up <input type="checkbox"/> Declined</p> <p><b>PHQ-9:</b> <input type="checkbox"/> Completed <input type="checkbox"/> Follow up <input type="checkbox"/> Declined</p> <p><b>Health ed:</b> <input type="checkbox"/> Provided <input type="checkbox"/> Follow up</p>	<b>Durante las últimas 2 semanas, ¿qué tan seguido ha tenido molestias debido a los siguientes problemas? (PHQ-2)</b>	<b>Ningún día</b>	<b>Varios días</b>	<b>Más de la mitad de los días</b>	<b>Casi todos los días</b>	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>Durante las últimas 2 semanas, ¿qué tan seguido ha tenido molestias debido a los siguientes problemas? (PHQ-2)</b>	<b>Ningún día</b>	<b>Varios días</b>	<b>Más de la mitad de los días</b>	<b>Casi todos los días</b>													
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><b>¿En el último año, usted ha fumado o usado productos de tabaco? (tobacco).....No / Sí</b></p> <p><i>If yes, provide education &amp; QUITLINE #: 1-855-335-3569</i>      <b>Health ed:</b> <input type="checkbox"/> Provided <input type="checkbox"/> Follow up <input type="checkbox"/> Declined</p> <p><b>¿En el último año, usted ha tomado más de 4 bebidas alcohólicas en una sola vez? (alcohol) .....No / Sí</b></p> <p><i>If yes, provide education.</i>      <b>Health ed:</b> <input type="checkbox"/> Provided <input type="checkbox"/> Follow up <input type="checkbox"/> Declined</p> <p><b>¿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</b></p> <p><i>If yes, provide education.</i>      <b>Health ed:</b> <input type="checkbox"/> Provided <input type="checkbox"/> Follow up <input type="checkbox"/> Declined</p> <p><i>If yes to any question above:</i></p> <p><b>¿Está interesado en un apoyo para ayudarle a reducir el uso de sustancia(s)/droga(s) incluyendo tabaco y alcohol? No / Sí</b></p> <p><i>If yes, provide referral to primary care or behavioral health services.</i></p> <p><b>Referral:</b> <input type="checkbox"/> Provided <input type="checkbox"/> Follow up <input type="checkbox"/> Declined</p>																
<b>CM</b>	<p><b>¿Alguien en donde vive o trabaja le hizo sentir amenazado(a) o en peligro? (interpersonal violence and trafficking) No/ Sí:</b></p> <p>_____</p> <p><b>¿Tiene alguna otra inquietud o preocupación? (other concerns) No / Sí: _____</b></p> <p><b>Referral:</b> <input type="checkbox"/> Provided <input type="checkbox"/> Follow up <input type="checkbox"/> Declined</p>																
<b>Addtl. Health Ed</b>	<p><b>¿Sobre cuales temas de salud desea más información? (health ed) Circle those desired and check off if provided.</b></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) _____														
<b>Notes</b>																	