

2025 Farmworker Outreach Health Assessment - Peds (0-11)		ORW:	Date:
Optional	PHASES 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/ Ingl/ Otro: _____ ¿Se necesita intérprete? Sí/ No</p> <p>Trabajador: Migrante (<input type="checkbox"/> H2A? <input type="checkbox"/> H2B?)/Temporal/ Otro (If migrant) Fecha de salida estimada: _____</p> <p>Padre o guardián legal: _____</p> <p>¿Es su niño(a) de origen ____? Marque todas las que correspondan.</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>¿Cuál es la raza de su niño(a)? Marque todas las que correspondan.</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>¿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.? Ask parent to initial next to each below if OK.</p> <p>Número de celular: _____ Nombre y apellido del padre/tutor: _____</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. Número de WhatsApp (si es diferente): _____</p> <p>¿Cuál método prefiere para comunicar? Mark preference.</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>Estatura: _____ Peso: _____</p> <p>¿Hay algo que le preocupe acerca de la salud de su niño? (health concerns) No/ Sí: _____ (If yes) ¿Cómo puedo ayudarle con ese problema? (help requested) _____</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> <p>¿Ha tenido su niño(a) un examen físico, en el que le pusieron vacunas en...(up-to-date on physical and vaccines) No/Sí (Para niños <1 año de edad) ...los últimos 3 meses? (Para niños de 1 a 2 años de edad) ...los últimos 6 meses? (Para niños >2 años de edad) ...los últimos 12 meses? <i>Offer referral if not up-to-date</i></p> <p>Referral: <input type="checkbox"/> Provided <input type="checkbox"/> Follow up <input type="checkbox"/> Declined <i>Diabetes, HIV, TB or other chronic condition, consider MCN</i></p>		

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 : <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>
Dental	<p>¿Ha tenido su niño(a) una visita al dentista en los últimos 12 meses si tiene más de 6 meses? <i>(seen dentist in last year)</i> No/ Sí Offer referral to dentist if "no".</p> <p>¿Ha recibido su niño(a) tratamiento de sellantes o selladores dentales? <i>(capas plásticas que se aplican sobre las superficies de las muelas para evitar las caries)</i> No/ Sí Offer referral to dentist if "no".</p> <p>Referral: <input type="checkbox"/> Provided <input type="checkbox"/> Follow up <input type="checkbox"/> Declined</p>
Safety	<p><i>Para niños de 0 a 4 años: ¿Cuando va en el carro, usa su niño(a) un asiento de seguridad?</i> <i>(car seat)</i> No/ Sí</p> <p><i>Para niños de 5 a 8 años: ¿Cuando va en el carro, usa su niño(a) un asiento de niño?</i> <i>(booster seat)</i> No/ Sí</p> <p><i>Para niños de 9 a 11 años: ¿Cuando va en el carro, usa su niño(a) un cinturón de seguridad?</i> <i>(seat belt)</i> No/ Sí</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</p>
CM	<p>¿Tiene alguna otra inquietud o preocupación? <i>(other concerns)</i> 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? <i>(health ed)</i> Circle those desired and check off if provided.</p> <p><input type="checkbox"/> Asiento de coche para niños <input type="checkbox"/> Nutrición <input type="checkbox"/> Otro(s): _____</p> <p><input type="checkbox"/> Cinturón de seguridad <input type="checkbox"/> Peso</p> <p><input type="checkbox"/> Salud dental <input type="checkbox"/> COVID-19</p>
Notes	