

	2026 Farmworker Outreach Health Assessment - Adol (12-17)	ORW: _____	Date: _____
Optional	FHASES 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>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 / Temporal/ Otro (If migratory) Fecha de salida estimada: _____</p> <p>¿Presente sin padres? Sí / No</p> <p>¿Es Ud. de origen ____? Marque todas las que correspondan.</p> <p><input type="checkbox"/> Mexicano, mexicanoamericano, chicano <input type="checkbox"/> Puertorriqueño <input type="checkbox"/> Cubano</p> <p>¿Cuál es su raza? 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>¿Qué sexo le asignaron 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 patient to initial next to each below if OK. Número Celular: _____</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? Circle preference.</p>		
Vitals	<p>Presión sanguínea: _____</p> <p>Estatura: _____ Peso: _____ IMC: _____ Health ed: <input type="checkbox"/> Provided <input type="checkbox"/> Follow up</p> <p><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</p>		
General health	<p>¿Hay algo que le preocupe acerca de su salud? (health concerns) No / Sí: _____ (If yes) ¿Cómo puedo ayudarle con ese problema? (help requested) _____</p> <p>¿Usted ha sido diagnosticado con alguna condición médica? (prev. diagnoses) No / Sí: _____</p> <p>¿Está tomando (o debería estar tomando) medicinas? (medicines) No / Sí: _____</p> <p>¿Está interesado en servicios de salud/bienestar emocional? (behavioral health) No / Sí: _____</p> <p>¿Ha tenido un examen físico en el que le pusieron vacunas, en los últimos dos años? No/ Sí (checkup and vaccines in last 2 years) If no, provide referral to primary care or health department.</p> <p>Referral: <input type="checkbox"/> Provided <input type="checkbox"/> Follow up <input type="checkbox"/> Declined <i>*Schedule a diabetes departure visit, if needed:</i> _____ Diabetes*, pregnancy, HTN, HIV, TB or abnormal cancer screen, consider MCN</p>		

Occupational	<p>¿Trabaja Ud. en el campo? No/ Sí</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>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	<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></th> <th style="text-align: center;">Ningún día</th> <th style="text-align: center;">Varios días</th> <th style="text-align: center;">Más de la mitad de los días</th> <th style="text-align: center;">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><i>If >0 to either question, offer a behavioral health or primary care referral and full depression screen (PHQ-9: Modificado para Adolescentes)</i></p> <p>Referral: <input type="checkbox"/> Provided <input type="checkbox"/> Follow up <input type="checkbox"/> Declined PHQ-9: <input type="checkbox"/> Completed <input type="checkbox"/> Follow up <input type="checkbox"/> Declined 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																
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 #: 1-855-335-3569</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><i>If yes to any question above:</i></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"/> El abuso de drogas o alcohol</td> <td><input type="checkbox"/> Infecciones transmitidas sexualmente/ VIH</td> <td>verde</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> COVID-19</td> <td><input type="checkbox"/> Fumar</td> <td><input type="checkbox"/> La enfermedad del tabaco</td> <td><input type="checkbox"/> Nutrición</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Diabetes</td> <td><input type="checkbox"/> Hipertensión</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> Preparación ante emergencias</td> </tr> </table>					<input type="checkbox"/> Acceso al internet	<input type="checkbox"/> El abuso de drogas o alcohol	<input type="checkbox"/> Infecciones transmitidas sexualmente/ VIH	verde	<input type="checkbox"/> COVID-19	<input type="checkbox"/> Fumar	<input type="checkbox"/> La enfermedad del tabaco	<input type="checkbox"/> Nutrición	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Hipertensión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Preparación ante emergencias			
<input type="checkbox"/> Acceso al internet	<input type="checkbox"/> El abuso de drogas o alcohol	<input type="checkbox"/> Infecciones transmitidas sexualmente/ VIH	verde																	
<input type="checkbox"/> COVID-19	<input type="checkbox"/> Fumar	<input type="checkbox"/> La enfermedad del tabaco	<input type="checkbox"/> Nutrición																	
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Hipertensión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Preparación ante emergencias																	
Notes																				