

<b>2026 Farmworker Outreach Health Assessment - Adult (18 and up)</b>		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>¿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 <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 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>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> <p>Tipo de vivienda: Dueño de casa/ Alquila/ Del patrón/ No tiene      US veteran? Sí/ No</p> <p>Dirección de casa: _____ Ciudad: _____</p> <p>Estado: _____ Código postal: _____ Condado: _____</p>		
Communication	<p>¿Cómo podemos comunicarnos con Ud?</p> <p>Ask patient to initial next to each below if OK.</p> <p>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>		
Communication	<p><b>Contacto en caso de emergencia (opcional)</b></p> <p>Nombre y apellido: _____</p> <p>Número de teléfono: _____</p> <p>Relación: _____</p>		
Vitals	<p>Presión sanguínea: _____</p> <p>Height: _____ Weight: _____ BMI: _____      Health ed:    <input type="checkbox"/> Provided    <input type="checkbox"/> Follow up If &gt;120/80, offer health ed. If &gt;140/90, offer referral.      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: _____</p> <p>(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>Referral:    <input type="checkbox"/> Provided    <input type="checkbox"/> Follow up    <input type="checkbox"/> Declined      *Schedule a diabetes departure visit, if needed: _____ Diabetes*, pregnancy, HTN, HIV, TB or abnormal cancer screen, consider MCN</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>	<p><b>Durante las últimas 2 semanas, ¿qué tan seguido ha tenido molestias debido a los siguientes problemas? (PHQ-2)</b></p> <table border="0" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 60%;"></th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Ningún día</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Varios días</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Más de la mitad de los días</th> <th style="width: 10%; 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 &gt;0 to either question, offer a behavioral health or primary care referral and full depression screen (PHQ-9)</i></p> <p><b>Referral:</b> <input type="checkbox"/> Provided <input type="checkbox"/> Follow up <input type="checkbox"/> Declined  <b>PHQ-9:</b> <input type="checkbox"/> Completed <input type="checkbox"/> Follow up <input type="checkbox"/> Declined  <b>Health ed:</b> <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><b>¿En el último año, usted ha fumado o usado productos de tabaco? (tobacco).....No / Sí</b>  <i>If yes, provide education &amp; QUITLINE #: 1-855-335-3569      Health ed: <input type="checkbox"/> Provided <input type="checkbox"/> Follow up <input type="checkbox"/> Declined</i></p> <p><b>¿En el último año, usted ha tomado más de 4 bebidas alcohólicas en una sola vez? (alcohol) .....No / Sí</b>  <i>If yes, provide education.      Health ed: <input type="checkbox"/> Provided <input type="checkbox"/> Follow up <input type="checkbox"/> Declined</i></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>  <i>If yes, provide education.      Health ed: <input type="checkbox"/> Provided <input type="checkbox"/> Follow up <input type="checkbox"/> Declined</i></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>  <i>If yes, provide referral to primary care or behavioral health services.</i>  <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><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>																					