

2018 Farmworker Outreach Health Assessment - Pediatrics (0-11)

Version 4/12/2017

Demographic and Internal Use	First _____ Last _____	Internal
	DOB <input type="text" value="mm / dd / yyyy"/> <input type="checkbox"/> Estimate Gender ID <input type="text" value="M / F / TM / TF / O / U"/>	Date <input type="text" value="mm / dd / yyyy"/>
	Sex at Birth <input type="text" value="M / F"/> Phone _____	ORW _____
	Parent or Guardian _____	FHASES ID # _____
	OK to text appointment info? <input type="text" value="Yes / No"/> <i>Se me han explicado las normas de privacidad.</i> _____ (Explain privacy policy and ask parent to initial).	Site _____
	¿Ud. tiene donde vivir? <input type="text" value="Yes / No"/> Date moved to address <input type="text" value="mm / dd / yyyy"/>	Cohort _____
	St. Address _____ City _____	Camp Phone _____
	State _____ Zip _____ County _____ Type <input type="text" value="Migrant / Seasonal / Other"/> <input type="checkbox"/> H2A?	Service location _____
	Race <input type="text" value="White / Black / American Indian / Asian / Unknown / Other / Refuse"/> Hispanic <input type="text" value="Yes / No"/>	Employer phone _____
	Preferred Language <input type="text" value="Span / Eng / Other"/> If other, preferred lang _____	Emergency Contact #
English interpreter needed? <input type="text" value="Yes / No"/> US veteran? <input type="text" value="Yes / No"/>	First name _____	
HH Income	Last name _____	
Amount (\$) _____ Frequency <input type="text" value="week / biweek / bimo/ monthly / yr"/>	Relationship _____	
# Months Worked _____	Phone _____	
Yrly Income _____ Family Size _____		

ASSESSMENT		Provided	Follow Up	Declined	
911	Explain 911	Health ed <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Explain clinic services	Health ed <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Ins.	Insurance <input type="text" value="None / Medicaid / Medicare / Health Choice / Private"/>	Health ed <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
		Referral <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Gov. Services	If 0-5, enrolled in WIC?	Yes <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		No <input type="checkbox"/>			
	If 5-12, enrolled in school?	Yes <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
		No <input type="checkbox"/>			
Vitals	Enrolled in Migrant Head Start?	Yes <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Headstart Unavailable?	
		No <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Vitals	Optional Weight _____ Height _____	Health ed <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	BMI % _____	Referral <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
General Health	¿Su niño(a) ha sido diagnosticado con alguna condición médica? <i>Has your child been diagnosed with any medical conditions?</i>	Yes <input type="checkbox"/>			
		No <input type="checkbox"/>			
	¿Tiene su niño(a) algún problema de salud ahora? <i>Does your child currently have any health problems?</i>	Yes <input type="checkbox"/>	Health Ed <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		No <input type="checkbox"/>	Referral <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	IF YES to either of the previous two questions, ¿Usted quiere ayuda o más información sobre este problema? <i>Do you want more assistance or information for this health problem?</i>	No <input type="checkbox"/>	Diabetes, HIV, TB, or other chronic health condition, consider MCN		
Dental	¿Está su niño(a) tomando (o debería estar tomando) medicinas, vitaminas, hierbas or tratamientos naturales? <i>Is your child taking (or should be taking) any medications, vitamins, herbs or natural treatments? If yes, list.</i>	Yes <input type="checkbox"/>	Health Ed <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		No <input type="checkbox"/>	Referral <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Vaccine	¿Ha tenido su niño(a) un examen físico, en el que le pusieron vacunas, en los últimos 3 meses si tiene menos de un año, en los últimos 6 meses si tiene de 1 a 2 años o en los últimos 12 meses si tiene más de 2 años? <i>Has your child had a complete physical, including vaccines, in the last 3 months if younger than 1 year, 6 months if 1-2 years, 12 months if older than 2 years?</i>	Yes <input type="checkbox"/>	Health Ed <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		No <input type="checkbox"/>	Referral <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Dental	Para niños de 0 a 7 años: ¿Usted cepilla a los dientes de su niño(a) y le pasa hilo dental todos los días? For children 0-7 years: <i>Do you brush and floss your child's teeth daily?</i>	Yes <input type="checkbox"/>	Health Ed <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		No <input type="checkbox"/>	Referral <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Para niños de 8 a 11 años: ¿Su niño(a) se cepilla los dientes y se pasa hilo dental todos los días? For children 8-11 years: <i>Does your child brush and floss their teeth daily?</i>	Yes <input type="checkbox"/>	Dental Supplies <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		No <input type="checkbox"/>	If no, provide health ed		
	If child is older than 4, skip this question	Yes <input type="checkbox"/>	Health Ed <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	For children age 6 months-4 years: ¿En los últimos 6 meses, ha recibido su niño(a) un tratamiento de fluoruro dental? <i>In the last 6 months, has your child received a dental varnish treatment?</i> <i>*If yes, document date. DATE: mm / dd / yyyy</i>	No <input type="checkbox"/>	Referral <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dental	Para niños de 6 a 9 años: ¿El dentista ha puesto el sellador dental a los dientes de su hijo? For children 6-9 years of age, <i>has the dentist applied dental sealants to your child's teeth?</i>	Yes <input type="checkbox"/>	Health Ed <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		No <input type="checkbox"/>	Referral <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	

ASSESSMENT		Provided	Follow Up	Declined	
Safety	Para niños de 0 a 7 años: ¿Cuando va en el carro, usa su niño(a) un asiento de seguridad? <i>Does your child use a carseat?</i>	Yes	Health Ed <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		No	Referral <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Car Seat <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			If no, provide health ed and referral		
	Para niños de 8-11 años: ¿Cuando va en el carro, usa su niño(a) un cinturón de seguridad cuando va en el carro? <i>Does your child use a seatbelt?</i>	Yes	Health Ed <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		No	If no, provide health ed		
	¿Cómo se protege su niño(a) de los pesticidas? <i>How do you protect your child from pesticides?</i> <i>(Can patient name 2 methods of pesticide safety?)</i>	Yes	Health Ed <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		No	If no, provide health ed		
Nutrition & PA	¿Su niño(a) come frutas y verduras al diario? <i>Does your child eat fruits and vegetables every day?</i>	Yes	Health Ed <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		No	Referral <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			If no, provide health ed		
	¿Su niño(a) hace actividades físicas todos los días? <i>Does your child engage in physical activity every day?</i>	Yes	Health Ed <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		No	Referral <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			If no, provide health ed		
Health Ed	911 ACA/ insurance Anemia Car seat/seat belt Child Care/Parenting Child Development Clinic services	Dental Diabetes First Aid Exercise Immunizations Injury Prevention Insect/Snake bite	Living Condition Medication Use Nutrition Passive Smoke Personal Hygiene Pesticides Physical activity	Poisonous Plants Respiratory/Asthma Safe Toys Skin/Wound Care Sun exposure Water safety Vision/Eye care	Vitamins Other _____