

Privacy	2019 Farmworker Outreach Health Assessment - Peds (0-11)	ORW: _____	Date: _____
	<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.</p> <p>Padre o guardián legal: _____ ¿Se necesita intérprete? Sí/ No</p> <p>El idioma que prefiere: Esp/ Ingl/ Otro: _____ Trabajador: Migrante (<input type="checkbox"/> H2A?)/ Temporal/ Otro</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/ Alquiler/ 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> <p>¿Hispano o Latino? Sí/ No/ Sin respuesta Raza: Blanca/ Negra/ India americana/ Asiática/ Sin respuesta</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>¿Hav algo que le preocupe acerca de la salud de su niño? (<i>health concerns</i>) No/ Sí:</p> <p>(<i>If yes</i>) ¿Cómo puedo ayudarle con ese problema? (<i>help requested</i>) _____</p> <p>¿Su niño ha sido diagnosticado con alguna condición médica? (<i>prev. diagnoses</i>) No/ Sí: _____</p> <p>¿Está tomando (o debería estar tomando) su niño medicinas? (<i>medicines</i>) No/ Sí</p> <p>¿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>up-to-date on physical and vaccines</i>) No/Sí Offer referral to primary care if "no".</p> <p>Referral: <input type="checkbox"/> Provided <input type="checkbox"/> Follow up <input type="checkbox"/> Declined Health ed on _____</p> <p><i>Diabetes, HIV, TB or other chronic condition, consider MCN</i> <input type="checkbox"/> Provided <input type="checkbox"/> Follow up</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>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>		
Safety	<p><i>Para niños de 0 a 7 años:</i> ¿Cuando va en el carro, usa su niño(a) un asiento de seguridad? (<i>car seat</i>) No/ Sí</p> <p><i>Para niños de 8-11 años:</i> ¿Cuando va en el carro, usa su niño(a) un cinturón de seguridad? (<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 Health ed on _____</p> <p><input type="checkbox"/> Provided <input type="checkbox"/> Follow up</p>		

Communication	<p>¿Cómo podemos comunicarnos con Ud.? <i>Ask parent to initial next to each below if OK.</i></p> <p>Número de celular: _____ Teléfono fijo: _____</p> <p>_____ Está bien dejar un mensaje. _____ Está bien dejar un mensaje.</p> <p>_____ Está bien dejar un voicemail. _____ Está bien dejar un voicemail.</p> <p>_____ Está bien mandar un mensaje de texto (SMS) aunque no se garantiza que es totalmente privado.</p> <p>_____ Está bien mandar un mensaje por WhatsApp aunque no se garantiza que es totalmente privado.</p> <p>Dirección de correo electrónico: _____ ¿Cuál método prefiere para comunicar? <i>Mark preference.</i></p> <p>_____ Está bien mandar un mensaje.</p>									
Addtl. Health Ed	<p>¿Sobre cuales temas de salud desea más información? (health ed) <i>Circle those desired and check off if provided.</i></p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%;">Asiento de coche para niños</td> <td style="width: 33%;">Nutrición</td> <td style="width: 33%;">Otro(s)</td> </tr> <tr> <td>Cinturón de seguridad</td> <td>Peso</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>Salud dental</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	Asiento de coche para niños	Nutrición	Otro(s)	Cinturón de seguridad	Peso	_____	Salud dental		
Asiento de coche para niños	Nutrición	Otro(s)								
Cinturón de seguridad	Peso	_____								
Salud dental										
Notes										