

Please circle the questions you would like to add back your site's Adol. Health Assessment.

FHASES ID #: _____

Site: _____

Cohort: _____

Service location: _____

Employer: _____

Employer phone: _____

Emergency Contact: Name: _____ Phone _____

Date moved to address: _____

Explain 911

Explain clinic services

Weight: _____ Height _____ BMI _____

Blood Glucose: _____

¿Tiene un historial de enfermedad en su familia como diabetes, hipertension, ataque de corazón u otro? **No/ Sí** (if yes): ¿De que enfermedad?

¿Toma Ud. medicamentos para el dolor? **No/ Sí** (if yes): ¿Cuáles?

¿Tiene alguna alergia a medicinas, comida o a ciertos animales? (allergies) **No/ Sí**

¿Ha recibido las siguientes vacunas? (adult vaccines)

- Triple viral (contra sarampión, paperas y rubéola) (MMR) (Need 1 in lifetime; began 1998 in Mexico) **No/ Sí**
- Tétano (Td if not given in past 10 yrs or Tdap; Need 1 Tdap in lifetime) **No/ Sí**

¿Usted usa un cepillo de dientes e hilo todos los días? (Does patient have good dental hygiene?) **No/ Sí**

¿Cómo se protege de pesticidas? (Can patient name 2 methods of pesticide safety?) **No/ Sí**

¿Se ha enfermado por contacto con pesticidas en esta temporada? (pesticide exposure) *If yes, provide referral and complete Air Protocol*
No/ Sí

¿Cómo se protege del sol o del calor? (Can patient name 2 ways to prevent heat illness?) **No/ Sí**

¿Cuáles son las consecuencias de tomar alcohol y manejar? (Is patient able to list at least 2 risks related to drinking & driving?) **No/ Sí**

¿Cuando va en un carro, usa usted el cinturón de seguridad si lo hay? (seat belt) **No/ Sí**

¿Usted fuma o usa productos de tabaco? (smoke) **No/ Sí**
If yes, provide NC Quit Line: 855-Dejelo-Ya (1-855-335-3569)

¿Usted toma bebidas alcohólicas, incluyendo cervezas? (alcohol) **No/ Sí** *If yes, do CAGE screening.*

¿Ha experimentado alguna vez con drogas? (drugs) **No/ Sí** *If yes, do CAGE screening.*

¿Ha sentido alguna vez que debería reducir su uso de alcohol y/o drogas? (CAGE) **No/ Sí**
¿Se ha sentido alguna vez molesto por las críticas de la gente acerca de su uso de alcohol y/o drogas? (CAGE) **No/ Sí**
¿Alguna vez se ha sentido culpable o mal debido a su uso de alcohol y/o drogas? (CAGE) **No/ Sí**
¿Alguna vez ha necesitado alcohol y/o drogas temprano en la mañana para calmar sus nervios o ayudarlo con la resaca? (CAGE) **No/ Sí**
If yes to any of the 4 questions, provide referral.

¿Quiere hacerse el exámen de VIH o de otras enfermedades transmitidas sexualmente? (want HIV test) **No/ Sí**

¿Quiere anticonceptivos/condones? (want condoms) **No/ Sí**

¿Piensa que es posible que esté usted embarazada? (pregnant) *If pregnant and migrant, consider MCN*
No/ Sí: _____

¿Quiere más información sobre planificación familiar? (want family planning) **No/ Sí**

You can also add additional health ed topics to the form.