

|                |   |  |      |       |
|----------------|---|--|------|-------|
| Privacy        | <b>2020 Farmworker Outreach Health Assessment - Adult (18 and up)</b>   |  | ORW: | Date: |
|                | <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.<br/> El idioma que prefiere: <b>Esp/ Ingl/ Otro</b>: _____ ¿Se necesita intérprete? <b>Sí/ No</b><br/> Trabajador: <b>Migrante</b> (<input type="checkbox"/> H2A?)/ <b>Temporal/ Otro</b> ¿Cómo se considera? <b>Hombre/ Mujer/ Hombre transgénero / Mujer transgénero / Otro/ Me niego a contestar</b><br/> (Ilf migrant) Fecha de salida estimada: _____ Tipo de vivienda: <b>Dueño de casa/ Alquila/ Del patrón/ No tiene</b><br/> ¿Qué sexo le asignaron al nacer? <b>Masculino/ Femenino</b> Dirección de casa: _____ Ciudad: _____<br/> Estado: _____ Código postal: _____ Condado: _____ US veteran? <b>Sí/ No</b><br/> Seguro de salud: <b>Ningún / Medicaid / Medicare / Health Choice / Privado</b> Ingreso familiar (\$ amount): _____<br/> Cantidad de ingreso es por: <b>semana / 2 semanas/ mes / año</b> # meses trabaja: _____ # personas en la familia: _____<br/> ¿Hispano o Latino? <b>Sí/ No/ Sin respuesta</b> Raza: <b>Blanca/ Negra/ India americana/ Asiática/ Sin respuesta</b><br/> ¿Cómo se considera? <b>Heterosexual (ni gay, ni lesbiana)/ Algo distinto/ Lesbiana, gay u homosexual/ No sé/ Bisexual/ Me niego a contestar</b></p> |  |      |       |
|                | Vitals  | <p>Presión sanguínea: _____ Health ed: <input type="checkbox"/> <b>Provided</b> <input type="checkbox"/> <b>Follow up</b><br/> <i>If &gt;120/80, offer health ed. If &gt;140/90, offer referral.</i> Referral: <input type="checkbox"/> <b>Provided</b> <input type="checkbox"/> <b>Follow up</b> <input type="checkbox"/> <b>Declined</b></p>   |      |       |
| General health | <p>¿Hay algo que le preocupe acerca de su salud? (<i>health concerns</i>) <b>No/ Sí</b>: _____<br/> <i>(If yes) ¿Cómo puedo ayudarle con ese problema? (help requested)</i> _____<br/> ¿Usted ha sido diagnosticado con alguna condición médica? (<i>prev. diagnoses</i>) <b>No/ Sí</b>: _____<br/> ¿Está tomando (o debería estar tomando) medicinas? (<i>medicines</i>) <b>No/ Sí</b>: _____<br/> Referral: <input type="checkbox"/> <b>Provided</b> <input type="checkbox"/> <b>Follow up</b> <input type="checkbox"/> <b>Declined</b><br/> <i>Diabetes*, pregnancy, HTN, HIV, TB or abnormal cancer screen, consider MCN</i></p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin-left: auto;"> <p>*Schedule a diabetes departure visit, if needed: _____</p> </div>   |  |      |       |
|                | Occupational  | <p>¿Trabaja Ud. en el campo? <b>No/ Sí</b><br/> <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>: _____<br/> <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>: _____<br/> Referral: <input type="checkbox"/> <b>Provided</b> <input type="checkbox"/> <b>Follow up</b> <input type="checkbox"/> <b>Declined</b> Health ed <input type="checkbox"/> <b>Provided</b> <input type="checkbox"/> <b>Follow up</b> <input type="checkbox"/> <b>Declined</b></p> |      |       |
| BH             | <p>Durante las últimas 2 semanas, ¿se ha sentido varias veces con poco interés o deseo de hacer cosas? (<i>PHQ-2</i>) <b>No/ Sí</b><br/> Durante las últimas 2 semanas, ¿se ha sentido desanimado, deprimido o sin esperanzas? (<i>PHQ-2</i>) <b>No/ Sí</b><br/> <i>If yes to either question, offer full depression screen (RHS-15)</i><br/> <i>For positive RHS-15, offer referral</i> RHS-15 <input type="checkbox"/> <b>Provided</b> <input type="checkbox"/> <b>Follow up</b> Referral: <input type="checkbox"/> <b>Provided</b> <input type="checkbox"/> <b>Follow up</b> <input type="checkbox"/> <b>Declined</b></p>  |  |      |       |

|  |   |  |   |  |   |                                   |                                       |                                |  |  |                                    |  |  |
|--|---|--|---|--|---|-----------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------|--|--|------------------------------------|--|--|
| <b>Substance use</b>                     | <p>¿Usted toma bebidas alcohólicas, incluyendo cervezas? (alcohol) <b>No/ Sí</b> <i>If yes, complete 4 CAGE-AID questions below.</i></p> <p>¿Durante el último año, ha consumido una droga o utilizado un medicamento recetado para fines que no son médicos? <i>In the past year have you used an illegal drug or prescription medication for non-medical reasons? (ex: the experience or feeling the drug causes)</i> <b>No/ Sí</b> <i>If yes, complete 4 CAGE-AID questions below.</i></p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p><b>CAGE-AID</b></p> <p>¿Ha sentido alguna vez que debería reducir su uso de alcohol y/o drogas? <b>No/ Sí</b></p> <p>¿Se ha sentido alguna vez molesto por las críticas de la gente acerca de su uso de alcohol y/o drogas? <b>No/ Sí</b></p> <p>¿Alguna vez se ha sentido culpable o mal debido a su uso de alcohol y/o drogas? <b>No/ Sí</b></p> <p>¿Alguna vez ha necesitado alcohol y/o drogas temprano en la mañana para calmar sus nervios o ayudarlo con la resaca? <b>No/ Sí</b></p> <p><i>If yes to any of the 4 questions, provide referral.</i></p> </div> <p>Referral:      <input type="checkbox"/> <b>Provided</b>    <input type="checkbox"/> <b>Follow up</b>    <input type="checkbox"/> <b>Declined</b></p> |  |   |  |   |                                   |                                       |                                |  |  |                                    |  |  |
| <b>CM</b>                                | <p>¿Alguien en donde vive o trabaja le hizo sentir amenazado(a) o en peligro? (<i>interpersonal violence and trafficking</i>) <b>No/ Sí</b></p> <p>¿Tiene alguna otra inquietud o preocupación? (<i>other concerns</i>) <b>No/ Sí:</b> _____</p> <p>Referral:      <input type="checkbox"/> <b>Provided</b>    <input type="checkbox"/> <b>Follow up</b>    <input type="checkbox"/> <b>Declined</b></p>  |  |   |  |   |                                   |                                       |                                |  |  |                                    |  |  |
| <b>Communication</b>                     | <p>¿Cómo podemos comunicarnos con Ud? <i>Ask patient to initial next to each below if OK.</i></p> <p>Número Celular: _____      Teléfono fijo: _____</p> <p>_____ Está bien dejar un mensaje con otra persona.      _____ Está bien dejar un mensaje con otra persona.</p> <p>_____ Está bien dejar un mensaje de voz.      _____ Está bien dejar un mensaje de voz.</p> <p>_____ Está bien mandar un mensaje de texto (SMS) aunque no se garantiza es totalmente privado.</p> <p>Dirección de correo electrónico: _____      ¿Cuál método prefiere para comunicar? <i>Circle preference.</i></p> <p>_____ Está bien mandar un mensaje.</p>   |  |   |  |   |                                   |                                       |                                |  |  |                                    |  |  |
| <b>Addtl. Health Ed</b>                  | <p>¿Sobre cuales temas de salud desea más información? (<i>health ed</i>) <i>Circle those desired and check off if provided.</i></p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Salud dental</td> <td><input type="checkbox"/> La enfermedad del tabaco verde</td> <td><input type="checkbox"/> Infecciones transmitidas sexualmente/ VIH</td> <td><input type="checkbox"/> El abuso de drogas o alcohol</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Diabetes</td> <td><input type="checkbox"/> Hipertensión</td> <td><input type="checkbox"/> Fumar</td> <td><input type="checkbox"/> Otro(s) _____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Salud emocional</td> <td><input type="checkbox"/> Nutrición</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>  | <input type="checkbox"/> Salud dental                              | <input type="checkbox"/> La enfermedad del tabaco verde | <input type="checkbox"/> Infecciones transmitidas sexualmente/ VIH | <input type="checkbox"/> El abuso de drogas o alcohol | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Hipertensión | <input type="checkbox"/> Fumar | <input type="checkbox"/> Otro(s) _____ | <input type="checkbox"/> Salud emocional | <input type="checkbox"/> Nutrición |  |  |
| <input type="checkbox"/> Salud dental    | <input type="checkbox"/> La enfermedad del tabaco verde   | <input type="checkbox"/> Infecciones transmitidas sexualmente/ VIH | <input type="checkbox"/> El abuso de drogas o alcohol   |  |   |                                   |                                       |                                |  |  |                                    |  |  |
| <input type="checkbox"/> Diabetes        | <input type="checkbox"/> Hipertensión   | <input type="checkbox"/> Fumar                                     | <input type="checkbox"/> Otro(s) _____                  |  |   |                                   |                                       |                                |  |  |                                    |  |  |
| <input type="checkbox"/> Salud emocional | <input type="checkbox"/> Nutrición  |  |   |  |   |                                   |                                       |                                |  |  |                                    |  |  |
| <b>Notes</b>                             |   |  |   |  |   |                                   |                                       |                                |  |  |                                    |  |  |