

NCFHP optional questions: ADULT

1. FCHASE ID #: \_\_\_\_\_

2. Site: \_\_\_\_\_

3. Cohort: \_\_\_\_\_

4. Service location: \_\_\_\_\_

5. Employer: \_\_\_\_\_

6. Employer phone: \_\_\_\_\_

7. Emergency Contact: Name: \_\_\_\_\_ Phone \_\_\_\_\_

8. Date moved to address: \_\_\_\_\_

9. Explain 911

10. Explain clinic services

11. Weight: \_\_\_\_\_ Height \_\_\_\_\_ BMI \_\_\_\_\_

12. Blood Glucose: \_\_\_\_\_

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

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

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

16. ¿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**

**NCFHP optional questions: ADULT**

17. ¿Usted usa un cepillo de dientes e hilo todos los días? (Does patient have good dental hygiene?) **No/ Sí**
18. ¿Cómo se protege de pesticidas? (Can patient name 2 methods of pesticide safety?) **No/ Sí**
19. ¿Se ha enfermado por contacto con pesticidas en esta temporada? (pesticide exposure) *If yes, provide referral and complete Air Protocol*  
**No/ Sí**
20. ¿Cómo se protege del sol o del calor? (Can patient name 2 ways to prevent heat illness?) **No/ Sí**
21. ¿Cuáles son las consecuencias de tomar alcohol y manejar? (Is patient able to list at least 2 risks related to drinking & driving?) **No/ Sí**
22. ¿Cuando va en un carro, usa usted el cinturón de seguridad si lo hay? (seat belt) **No/ Sí**
23. ¿Usted fuma o usa productos de tabaco? (smoke) **No/ Sí**  
*If yes, provide NC Quit Line: 855-Dejelo-Ya (1-855-335-3569)*
24. ¿Quiere hacerse el exámen de VIH o de otras enfermedades transmitidas sexualmente? (want HIV test) **No/ Sí**
25. ¿Quiere anticonceptivos/condones? (want condoms) **No/ Sí**
26. *If 50 or older:* ¿Le han hecho una prueba para cáncer del colon? (Either a colonoscopy in past 5 years or stool occult blood testing in the past year) *If no or unknown, provide stool guaiac or FIT test/referral*
27. ¿Cuál de las siguientes declaraciones describe mejor (su situación alimentaria / la situación alimentaria en su hogar) en los últimos 12 meses?  
[1] Siempre (como / comemos) lo suficiente y los tipos de alimentos que (deseo / deseamos)  
[2] (Como / comemos) lo suficiente pero no siempre lo que (deseo / deseamos)  
[3] A veces no (como / comemos) lo suficiente  
[4] Frecuentemente no (como / comemos) lo suficiente  
  
*If 3 or 4 offer referral to food pantry*

**NCFHP optional questions: ADULT**

**FOR WOMEN ONLY: These questions are highly recommended by Dr. Thomas.**

28. ¿Piensa que es posible que esté usted embarazada? (pregnant) *If pregnant and migrant, consider MCN*

29. Ages 18-50 : ¿Toma ácido fólico? (take folic acid) **No/ Sí:** \_\_\_\_\_

30. Ages 21-64 : ¿Cuándo y dónde fue su último examen de papanicolau? (Was last pap within last three years AND does pt. know clinic location?) LOCATION:  
DATE : mm / dd / yyyy

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

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