

2020 COVID-19 Health Assessment - Adult (18 and up)		ORW:	Date:
Privacy	<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>		
	<p>Nombre (primero, apellido): _____ Fecha de nacimiento: _____ <input type="checkbox"/> Est. El idioma que prefiere: Esp/ Ingl/ Otro: _____ ¿Se necesita intérprete? Sí/ No Trabajador: Migrante (<input type="checkbox"/> H2A?)/ Temporal/ Otro ¿Cómo se considera? Hombre/ Mujer/ Hombre transgénero / (If migrant) Fecha de salida estimada: _____ Mujer transgénero / Otro/ Me niego a contestar ¿Qué sexo le asignaron al nacer? Masculino/ Femenino Tipo de vivienda: Dueño de casa/ Alquila/ Del patrón/ No tiene Dirección de casa: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Condado: _____ US veteran? Sí/ No Seguro de salud: Ningún / Medicaid / Medicare / Health Choice / Privado Ingreso familiar (\$ amount): _____ Cantidad de ingreso es por: semana / 2 semanas/ mes / año # meses trabaja: _____ # personas en la familia: _____ ¿Hispano o Latino? Sí/ No/ Sin respuesta Raza: Blanca/ Negra/ India americana/ Asiática/ Sin respuesta ¿Cómo se considera? Heterosexual (ni gay, ni lesbiana)/ Lesbiana, gay u homosexual/ Bisexual/ Algo distinto/ No sé/ Me niego a contestar</p>		
Vitals	<p>Presión sanguínea: _____ Health ed: <input type="checkbox"/> Provided <input type="checkbox"/> Follow up <i>If >120/80, offer health ed. If >140/90, offer referral.</i> Referral: <input type="checkbox"/> Provided <input type="checkbox"/> Follow up <input type="checkbox"/> Declined</p>		
	<ol style="list-style-type: none"> ¿Qué entiende usted sobre la COVID 19? _____ <i>Ofrecer educación de salud</i> ¿En este momento tiene fiebre, tos, dolor de garganta, fatiga inusual, dolor de cabeza, escalofríos, diarrea, pérdida del sentido del gusto o del olfato, o dificultad para respirar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No _____ <i>Si contesta que "sí", vea "Recomendaciones provisionales del NCFHP sobre la COVID-19: Llamada de evaluación con trabajador enfermo"</i> ¿Tiene usted un termómetro? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No _____ <i>Si contesta que "no", considere dar un termómetro al trabajador.</i> ¿Qué está haciendo para protegerse a usted mismo y a los demás? _____ <i>Ofrecer educación de salud.</i> ¿Usted puede conseguir o hacer productos de limpieza y máscaras de tela? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No _____ <i>Dar máscaras, productos de limpieza y/u ofrecer educación de salud sobre cómo hacer productos de limpieza y máscaras de tela.</i> ¿Sabe usted qué hacer si usted o un compañero de trabajo se enferma? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No _____ <i>Ofrecer educación de salud, incluyendo cómo llamar al 911.</i> ¿Hay un cuarto separado donde los trabajadores enfermos se puedan quedar si es necesario? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No _____ <i>Si contesta que "no", considere colaborar con el granjero para identificar lugares donde se puedan quedar los trabajadores en cuarentena.</i> ¿Se siente más estresado o ansioso ahora mismo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <i>Ofrecer educación de salud sobre cómo reducir el estrés y maneras saludables de manejar la presión.</i> <ol style="list-style-type: none"> <i>Si contesta que "sí" a la 8: ¿El estrés o la ansiedad adicional le causa dificultades para dormir, trabajar, cuidarse a sí mismo, o hacer sus actividades diarias? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</i> <ol style="list-style-type: none"> <i>Si contesta que "sí": ¿Le gustaría hablar con alguien sobre esto? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No _____ <i>Derive al paciente a servicios de salud conductual o cuidado primario.</i></i> <i>Si contesta que "sí" a la 8: ¿El estrés o la ansiedad adicional está causando que beba o consuma drogas más de lo que desea? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</i> <ol style="list-style-type: none"> <i>Si contesta que "sí": ¿Le gustaría hablar con alguien sobre esto? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No _____ <i>Derive al paciente a servicios de salud conductual o cuidado primario.</i></i> 		

	<p>9. ¿Alguien en donde vive le hace sentir amenazado(a) o en peligro? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No _____ <i>Si contesta que "sí", derive al paciente a una agencia o proveedor adecuado.</i></p> <p>10. ¿Le está costando trabajo poder pagar por su comida ahora? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No _____ <i>Si contesta que "sí", recomiende que llame al 2-1-1 u otros recursos.</i></p> <p>11. ¿Tiene algún problema de salud inmediato que le preocupe? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No _____ <i>Si contesta que "sí", siga las normas de la clínica local sobre el tipo de necesidades que se pueden atender y cómo hacerlo.</i></p> <p>12. ¿Tiene usted algún problema de salud crónico (tales como diabetes o presión alta)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No _____ <i>Si contesta que "sí", siga las normas de la clínica local sobre el tipo de necesidades que se pueden atender y cómo hacerlo. NCFHP recomienda una visita por telesalud para pacientes con diabetes y/o presión alta que previamente han sido diagnosticados.</i></p> <p>a. <i>Ofrecer educación de salud si el paciente corre un mayor riesgo de tener complicaciones por la COVID 19.</i></p> <p>b. <i>Si contesta que "sí": ¿Necesita surtir algún medicamento recetado?</i> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No _____ <i>Si contesta que "sí", comuníquese con la clínica y la farmacia para surtir el medicamento recetado.</i></p> <p>c. <i>Si el paciente tiene presión alta: ¿Necesita un monitor para tomar la presión arterial?</i> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No _____ <i>Si contesta que "sí", considere darle un monitor para tomar la presión arterial.</i></p> <p>13. ¿Tiene algún problema de salud no urgente que quisiera resolver este año? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No _____ <i>Si contesta que "sí", mantenga un registro de estas necesidades para darle seguimiento después de que se cancelen las ordenes de quedarse en casa y su agencia le permita pedir citas médicas y dentales.</i></p> <p>14. ¿Qué otras preguntas o dudas tiene ahora? _____</p>												
Communication	<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>_____ Está bien mandar un mensaje por WhatsApp 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>												
Addtl. Health Ed	<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 border="0"> <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												
Notes													