

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.</p> <p>El idioma que prefiere: <b>Esp/ Ingl/ Otro:</b> _____ ¿Se necesita intérprete? <b>Sí/ No</b></p> <p>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></p> <p>(If migrant) Fecha de salida estimada: _____</p> <p>¿Qué sexo le asignaron al nacer? <b>Masculino/ Femenino</b> Tipo de vivienda: <b>Dueño de casa/ Alquila/ Del patrón/ No tiene</b></p> <p>Dirección de casa: _____ Ciudad: _____</p> <p>Estado: _____ Código postal: _____ Condado: _____ US veteran? <b>Sí/ No</b></p> <p>Seguro de salud: <b>Ningún / Medicaid / Medicare / Health Choice / Privado</b> Ingreso familiar (\$ amount): _____</p> <p>Cantidad de ingreso es por: <b>semana / 2 semanas/ mes / año</b> # meses trabaja: _____ # personas en la familia: _____</p> <p>¿Hispano o Latino? <b>Sí/ No/ Sin respuesta</b> Raza: <b>Blanca/ Negra/ India americana/ Asiática/ Sin respuesta</b></p> <p>¿Cómo se considera? <b>Heterosexual (ni gay, ni lesbiana)/</b> <b>Lesbiana, gay u homosexual/</b> <b>Bisexual/</b> <b>Algo distinto/</b> <b>No sé/</b> <b>Me niego a contestar</b></p>			
	COVID-19	<p>¿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"/> <b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> _____</p> <p><i>Si contesta que "sí", vea "Recomendaciones provisionales del NCFHP sobre la COVID-19: Llamada de evaluación con trabajador enfermo"</i></p> <p>Health ed: <input type="checkbox"/> <b>Provided</b> <input type="checkbox"/> <b>Follow up</b></p>		
Vitals	<p>Presión sanguínea: _____ Health ed: <input type="checkbox"/> <b>Provided</b> <input type="checkbox"/> <b>Follow up</b></p> <p><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> _____</p> <p><i>(If yes) ¿Cómo puedo ayudarle con ese problema? (help requested)</i> _____</p> <p>¿Usted ha sido diagnosticado con alguna condición médica? (<i>prev. diagnoses</i>) <b>No/ Sí:</b> _____</p> <p>¿Está tomando (o debería estar tomando) medicinas? (<i>medicines</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> <p><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><i>*Schedule a diabetes departure visit, if needed: _____</i></p> </div>			
	Occupational	<p>¿Trabaja Ud. en el campo? <b>No/ Sí</b></p> <p><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> _____</p> <p><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> _____</p> <p>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></p> <p>Durante las últimas 2 semanas, ¿se ha sentido desanimado, deprimido o sin esperanzas? (<i>PHQ-2</i>) <b>No/ Sí</b></p> <p><i>If yes to either question, offer full depression screen (RHS-15)</i></p> <p><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>_____ 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>												
<b>Addtl. Health Ed</b>	<p>¿Sobre cuales temas de salud desea más información? <i>(health ed)</i> <b>Circle those desired and check off if provided.</b></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>													