

2020 Farmworker Outreach Health Assessment - Peds (0-11)		ORW:	Date:
Privacy	<p>Con mi firma indico que entiendo que se guarda la privacidad de la información de mi niño/a 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 del padre o guardián legal: _____</p>		
Demographics	<p>Nombre (primero, apellido): _____ Fecha de nacimiento: _____ <input type="checkbox"/> Est.</p> <p>Padre o guardián legal: _____</p> <p>El idioma que prefiere: <b>Esp/ Ingl/ Otro:</b> _____ ¿Se necesita intérprete? <b>Sí/ No</b></p> <p>¿Cómo se considera su niño(a)? <b>Niño / Niña/ Niño transgénero / Niña transgénero / Otro(a) / Me niego a contestar</b></p> <p>¿Qué sexo le asignaron a su niño al nacer? <b>Masculino/ Femenino</b> Trabajador: <b>Migrante</b> (<input type="checkbox"/> H2A?)/ <b>Temporal/ Otro</b> (If migrant) Fecha de salida estimada: _____</p> <p>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: _____</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>		
Gov't Services	<p>Si 0-5, inscrito en WIC? <b>No/ Sí</b> Inscrito en Head Start Migrante? <b>No/ Sí/ No hay</b></p> <p>Si 5-12, matriculado en la escuela? <b>No/ Sí</b> Referral: <input type="checkbox"/> <b>Provided</b> <input type="checkbox"/> <b>Follow up</b> <input type="checkbox"/> <b>Declined</b></p>		
COVID-19	<p><b>¿En este momento su niño 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?</b> <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>		
General Health	<p>¿Hay algo que le preocupe acerca de la salud de su niño? (<i>health concerns</i>) <b>No/ Sí:</b> _____</p> <p>(<i>If yes</i>) ¿Cómo puedo ayudarle con ese problema? (<i>help requested</i>) _____</p> <p>¿Su niño ha sido diagnosticado con alguna condición médica? (<i>prev. diagnoses</i>) <b>No/ Sí:</b> _____</p> <p>¿Está tomando (o debería estar tomando) su niño medicinas? (<i>medicines</i>) <b>No/ Sí:</b> _____</p> <p>¿Ha tenido su niño(a) un examen físico, en el que le pusieron vacunas, en los últimos 3 meses si tiene menos de un año, en los últimos 6 meses si tiene de 1 a 2 años o en los últimos 12 meses si tiene más de 2 años? (<i>up-to-date on physical and vaccines</i>) <b>No/Sí Offer referral to primary care if "no".</b></p> <p>Referral: <input type="checkbox"/> <b>Provided</b> <input type="checkbox"/> <b>Follow up</b> <input type="checkbox"/> <b>Declined</b> <i>Diabetes, HIV, TB or other chronic condition, consider MCN</i></p>		
Dental	<p>¿Ha tenido su niño(a) una visita al dentista en los últimos 12 meses si tiene más de 6 meses? (<i>seen dentist in last year</i>) <b>No/ Sí Offer referral to dentist if "no".</b></p> <p>Referral: <input type="checkbox"/> <b>Provided</b> <input type="checkbox"/> <b>Follow up</b> <input type="checkbox"/> <b>Declined</b></p>		
Safety	<p><i>Para niños de 0 a 7 años:</i> ¿Cuando va en el carro, usa su niño(a) un asiento de seguridad? (<i>car seat</i>) <b>No/ Sí</b></p> <p><i>Para niños de 8-11 años:</i> ¿Cuando va en el carro, usa su niño(a) un cinturón de seguridad? (<i>seat belt</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>CM</b>	<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 parent to initial next to each below if OK.</i></p> <p>Número de celular: _____                      Teléfono fijo: _____</p> <p>_____ Está bien dejar un mensaje.                      _____ Está bien dejar un mensaje.</p> <p>_____ Está bien dejar un voicemail.                      _____ Está bien dejar un voicemail.</p> <p>_____ Está bien mandar un mensaje de texto (SMS) aunque no se garantiza que es totalmente privado.</p> <p>_____ Está bien mandar un mensaje por WhatsApp aunque no se garantiza que es totalmente privado.</p> <p>Dirección de correo electrónico: _____    ¿Cuál método prefiere para comunicar? <i>Mark 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> <p><input type="checkbox"/> Asiento de coche para niños    <input type="checkbox"/> Nutrición</p> <p><input type="checkbox"/> Cinturón de seguridad            <input type="checkbox"/> Peso</p> <p><input type="checkbox"/> Salud dental                            <input type="checkbox"/> Otro(s): _____</p>
<b>Notes</b>	