

Privacy*	<b>2021 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*	<b>Nombre (primero, apellido):</b> _____		<b>Fecha de nacimiento:</b> _____ <input type="checkbox"/> Est.	
	<b>El idioma que prefiere:</b> Esp/ Ingl/ Otro: _____		<b>¿Se necesita intérprete?</b> Sí/ No	
<b>Trabajador:</b> Migrante ( <input type="checkbox"/> H2A?)/ Temporal/ Otro		<b>¿Hispano o Latino?</b> Sí/ No/ Sin respuesta		
<i>(If migrant)</i> <b>Fecha de salida estimada:</b> _____		<b>Raza:</b> <input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Negra <input type="checkbox"/> India americana		
<b>¿Qué sexo le asignaron al nacer?</b> Masculino/ Femenino		<input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Sin respuesta		
<b>¿Cómo se considera?</b> Hombre/ Mujer/ Hombre transgénero / Mujer transgénero / Otro/ Me niego a contestar				
<b>¿Cómo se considera?</b> <input type="checkbox"/> Heterosexual (ni gay, ni lesbiana) <input type="checkbox"/> Lesbiana, gay u homosexual <input type="checkbox"/> Bisexual				
<input type="checkbox"/> Algo distinto <input type="checkbox"/> No sé <input type="checkbox"/> Me niego a contestar				
<b>Tipo de vivienda:</b> Dueño de casa/ Alquila/ Del patrón/ No tiene				
<b>Dirección de casa:</b> _____		<b>Ciudad:</b> _____		<b>US veteran?</b> Sí/ No
<b>Estado:</b> _____		<b>Código postal:</b> _____		<b>Condado:</b> _____
<b>Seguro de salud:</b> Ningún / Medicaid / Medicare / Health Choice / Privado			<b>Ingreso familiar (\$ amount):</b> _____	
<b>Cantidad de ingreso es por:</b> semana / 2 semanas/ mes / año <b># meses trabaja:</b> ____ <b># personas en la familia:</b> ____				
COVID-19*	<b>¿En las últimas 2 semanas, ha tenido 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"/> Sí <input type="checkbox"/> No _____			
	<b>¿Vive con alguien o ha estado cerca de alguien que ha sido diagnosticado con COVID-19 en las últimas 2 semanas?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No _____			
<b>¿Ha recibido la vacuna contra el COVID-19?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
<b>1ª dosis</b> fecha: _____    clínica: _____		<b>marca:</b> _____		
<b>2ª dosis</b> fecha: _____    clínica: _____		<b>marca:</b> _____		
<b>Health ed:</b> <input type="checkbox"/> Provided <input type="checkbox"/> Follow up				
<b>Vaccine :</b> <input type="checkbox"/> Provided <input type="checkbox"/> Referral <input type="checkbox"/> Follow up <input type="checkbox"/> Declined				
<b>Testing :</b> <input type="checkbox"/> Provided <input type="checkbox"/> Referral <input type="checkbox"/> Follow up <input type="checkbox"/> Declined				
Vitals	<b>Presión sanguínea:</b> _____		<b>Health ed:</b> <input type="checkbox"/> Provided <input type="checkbox"/> Follow up	
<i>If &gt;120/80, offer health ed. If &gt;140/90, offer referral.</i>		<b>Referral:</b> <input type="checkbox"/> Provided <input type="checkbox"/> Follow up <input type="checkbox"/> Declined		
General health	<b>¿Hay algo que le preocupe acerca de su salud? (health concerns) No / Sí:</b> _____			
	<i>(If yes) ¿Cómo puedo ayudarle con ese problema? (help requested)</i> _____			
<b>¿Usted ha sido diagnosticado con alguna condición médica? (prev. diagnoses) No / Sí:</b> _____				
<b>¿Está tomando (o debería estar tomando) medicinas? (medicines) No / Sí:</b> _____				
<b>Referral:</b> <input type="checkbox"/> Provided <input type="checkbox"/> Follow up <input type="checkbox"/> Declined			<i>*Schedule a diabetes departure visit, if needed:</i> _____	
<i>Diabetes*, pregnancy, HTN, HIV, TB or abnormal cancer screen, consider MCN</i>				
Occupational	<b>¿Trabaja Ud. en el campo? No/ Sí</b>			
	<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> _____			
<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> _____				
<b>Referral:</b> <input type="checkbox"/> Provided <input type="checkbox"/> Follow up <input type="checkbox"/> Declined		<b>Health ed:</b> <input type="checkbox"/> Provided <input type="checkbox"/> Follow up		
<b>Health ed topic:</b> _____				

BH	<p><b>Durante las últimas 2 semanas, ¿se ha sentido varias veces con poco interés o deseo de hacer cosas? (PHQ-2) No / Sí</b></p> <p><b>Durante las últimas 2 semanas, ¿se ha sentido desanimado, deprimido o sin esperanzas? (PHQ-2) No / Sí</b></p> <p><i>If yes to either question, offer a referral or full depression screen (RHS-15) For positive RHS-15, offer referral</i></p> <p><b>Referral:</b> <input type="checkbox"/> Provided <input type="checkbox"/> Follow up <input type="checkbox"/> Declined</p> <p><b>RHS-15:</b> <input type="checkbox"/> Provided <input type="checkbox"/> Follow up <input type="checkbox"/> Declined</p>												
Substance use	<p><b>¿Usted toma bebidas alcohólicas, incluyendo cervezas? (alcohol) No / Sí</b></p> <p><b>¿Durante el último año, ha consumido una droga o utilizado un medicamento recetado para fines que no son médicos? No / Sí</b> <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></p> <p><i>If yes to either question above, complete 4 CAGE-AID questions:</i></p> <table border="1" data-bbox="201 474 1516 684"> <tr> <td data-bbox="164 527 191 632">CAGE-AID</td> <td data-bbox="217 491 1386 520">¿Ha sentido alguna vez que debería reducir su uso de alcohol y/o drogas? .....</td> <td data-bbox="1435 491 1511 520">No / Sí</td> </tr> <tr> <td></td> <td data-bbox="217 522 1386 552">¿Se ha sentido alguna vez molesto por las críticas de la gente acerca de su uso de alcohol y/o drogas? .....</td> <td data-bbox="1435 522 1511 552">No / Sí</td> </tr> <tr> <td></td> <td data-bbox="217 554 1386 583">¿Alguna vez se ha sentido culpable o mal debido a su uso de alcohol y/o drogas? .....</td> <td data-bbox="1435 554 1511 583">No / Sí</td> </tr> <tr> <td></td> <td data-bbox="217 585 1386 642">¿Alguna vez ha necesitado alcohol y/o drogas temprano en la mañana para calmar sus nervios o ayudarlo con la resaca? .....</td> <td data-bbox="1435 615 1511 644">No / Sí</td> </tr> </table> <p><i>If yes to any of the 4 questions, provide referral.</i></p> <p><b>Referral:</b> <input type="checkbox"/> Provided <input type="checkbox"/> Follow up <input type="checkbox"/> Declined</p> <p><b>Health ed:</b> <input type="checkbox"/> Provided <input type="checkbox"/> Follow up <input type="checkbox"/> Declined</p>	CAGE-AID	¿Ha sentido alguna vez que debería reducir su uso de alcohol y/o drogas? .....	No / Sí		¿Se ha sentido alguna vez molesto por las críticas de la gente acerca de su uso de alcohol y/o drogas? .....	No / Sí		¿Alguna vez se ha sentido culpable o mal debido a su uso de alcohol y/o drogas? .....	No / Sí		¿Alguna vez ha necesitado alcohol y/o drogas temprano en la mañana para calmar sus nervios o ayudarlo con la resaca? .....	No / Sí
CAGE-AID	¿Ha sentido alguna vez que debería reducir su uso de alcohol y/o drogas? .....	No / Sí											
	¿Se ha sentido alguna vez molesto por las críticas de la gente acerca de su uso de alcohol y/o drogas? .....	No / Sí											
	¿Alguna vez se ha sentido culpable o mal debido a su uso de alcohol y/o drogas? .....	No / Sí											
	¿Alguna vez ha necesitado alcohol y/o drogas temprano en la mañana para calmar sus nervios o ayudarlo con la resaca? .....	No / Sí											
CM	<p><b>¿Alguien en donde vive o trabaja le hizo sentir amenazado(a) o en peligro? (interpersonal violence and trafficking) No / Sí:</b></p> <p>_____</p> <p><b>¿Tiene alguna otra inquietud o preocupación? (other concerns) No / Sí:</b> _____</p> <p><b>Referral:</b> <input type="checkbox"/> Provided <input type="checkbox"/> Follow up <input type="checkbox"/> Declined</p>												
Communication*	<p><b>¿Cómo podemos comunicarnos con Ud? Ask patient to initial next to each below if OK.</b></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: _____</p> <p>_____ Está bien mandar un mensaje.</p> <p><b>¿Cuál método prefiere para comunicar? Circle preference.</b></p>												
Addtl. Health Ed	<p><b>¿Sobre cuales temas de salud desea más información? (health ed) Circle those desired and check off if provided.</b></p> <table data-bbox="164 1409 1484 1528"> <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													