

2021 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>El idioma que prefiere: Esp/ Ingl/ Otro: _____ ¿Se necesita intérprete? Sí/ No</p> <p>Trabajador: Migrante (<input type="checkbox"/> H2A?)/ Temporal/ Otro ¿Hispano o Latino? Sí/ No/ Sin respuesta (If migrant) Fecha de salida estimada: _____</p> <p>Padre o guardián legal: _____ Raza: <input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Negra <input type="checkbox"/> India americana <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Sin respuesta</p> <p>¿Cómo se considera su niño(a)? Niño / Niña/ Niño transgénero / Niña transgénero / Otro(a) / Me niego a contestar</p> <p>¿Qué sexo le asignaron a su niño al nacer? Masculino/ Femenino</p> <p>Tipo de vivienda: Dueño de casa/ Alquila/ Del patrón/ No tiene</p> <p>Dirección de casa: _____ Ciudad: _____</p> <p>Estado: _____ Código postal: _____ Condado: _____</p> <p>Seguro de salud: Ningún / Medicaid / Medicare / Health Choice / Privado Ingreso familiar (\$ amount): _____</p> <p>Cantidad de ingreso es por: semana / 2 semanas/ mes / año # meses trabaja _____ # personas en la familia: _____</p>		
COVID-19*	<p>¿En las últimas dos semanas su niño 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? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No _____</p> <p>¿Vive con alguien o ha estado cerca de alguien que ha sido diagnosticado con COVID-19 en las últimas 2 semanas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No _____</p> <p>Health ed: <input type="checkbox"/> Provided <input type="checkbox"/> Follow up</p> <p>Vaccine : <input type="checkbox"/> Provided <input type="checkbox"/> Referral <input type="checkbox"/> Follow up <input type="checkbox"/> Declined</p> <p>Testing : <input type="checkbox"/> Provided <input type="checkbox"/> Referral <input type="checkbox"/> Follow up <input type="checkbox"/> Declined</p>		
Gov't Services	<p>Sí 0-5, inscrito en WIC? No/ Sí Inscrito en Head Start Migrante? No/ Sí/ No hay</p> <p>Sí 5-12, matriculado en la escuela? No/ Sí Referral: <input type="checkbox"/> Provided <input type="checkbox"/> Follow up <input type="checkbox"/> Declined</p>		
General Health	<p>¿Hay algo que le preocupe acerca de la salud de su niño? (health concerns) No/ Sí: _____</p> <p><i>(If yes) ¿Cómo puedo ayudarle con ese problema? (help requested)</i> _____</p> <p>¿Su niño ha sido diagnosticado con alguna condición médica? (prev. diagnoses) No/ Sí: _____</p> <p>¿Está tomando (o debería estar tomando) su niño medicinas? (medicines) No/ Sí: _____</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? (up-to-date on physical and vaccines) No/Sí <i>Offer referral to primary care if "no".</i></p> <p>Referral: <input type="checkbox"/> Provided <input type="checkbox"/> Follow up <input type="checkbox"/> Declined <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? (seen dentist in last year) No/ Sí Offer referral to dentist if "no".</p> <p>Referral: <input type="checkbox"/> Provided <input type="checkbox"/> Follow up <input type="checkbox"/> Declined</p>		

Safety	<p><i>Para niños de 0 a 7 años: ¿Cuando va en el carro, usa su niño(a) un asiento de seguridad? (car seat) No/ Sí</i></p> <p><i>Para niños de 8-11 años: ¿Cuando va en el carro, usa su niño(a) un cinturón de seguridad? (seat belt) No/ Sí</i></p> <p>Referral: <input type="checkbox"/> Provided <input type="checkbox"/> Follow up <input type="checkbox"/> Declined Health ed: <input type="checkbox"/> Provided <input type="checkbox"/> Follow up</p>
CM	<p>¿Tiene alguna otra inquietud o preocupación? (other concerns) No/ Sí: _____</p> <p>Referral: <input type="checkbox"/> Provided <input type="checkbox"/> Follow up <input type="checkbox"/> Declined</p>
Communication	<p>¿Cómo podemos comunicarnos con Ud.? Ask parent to initial next to each below if OK.</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?</p> <p>_____ Está bien mandar un mensaje. <i>Mark preference.</i></p>
Addtl. Health Ed	<p>¿Sobre cuales temas de salud desea más información? (health ed) Circle those desired and check off if provided.</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>
Notes	