

Nombre del Niño (a) _____

Edad _____

Fecha _____

Registro _____

Evaluación y examen de plomo

- | | | | |
|-----|-----|------------|---|
| Si | No | No lo sabe | |
| () | () | () | 1. ¿Su hijo(a) vive o visita regularmente una casa construida antes de 1950? (esto incluye guardería, hogar de la niñera, o algún pariente) |
| () | () | () | 2. ¿Su hijo(a) vive o visita regularmente una casa construida antes de 1978, con remodelaciones recientes, previstas, o en curso (dentro de los últimos 6 meses)? |
| () | () | () | 3. ¿Tiene su hijo(a) un hermano o un amigo que presente o haya presentado envenenamiento por plomo? |
| () | () | () | 4. ¿Su hijo(a) o está en contacto con frecuencia con algún adulto que trabaje con plomo? (por ej: construcción, herrería, cerámica, etc.) |
| () | () | () | 5. ¿Tiene su casa persianas (cortinas) de plástico o vinil? |
| () | () | () | 6. ¿Alguna vez le han dicho que su hijo(a) tiene bajos niveles de hierro? |
| () | () | () | 7. ¿Alguna vez ha visto a su hijo(a) comer trozos de pintura de la pared, crayones, tierra o lodo? |
| () | () | () | 8. ¿Vive su hijo(a) o visita un lugar cercano a una planta de reciclaje de baterías, fundición de plomo o alguna otra industria que libere plomo? |
| () | () | () | 9. ¿Le da usted a su hijo(a) alguna medicina casera o popular que pueda contener plomo? (como alcohol ilegal, Azarcon, Greta, Paylooh) |
| () | () | () | 10. ¿Vive su hijo(a) a 80 pies (o una cuadra) de una calle con mucho tráfico vehicular? |
| () | () | () | 11. ¿Tiene la tubería de su casa tubos de plomo o de cobre con uniones de plomo fundido? (solo en casas antiguas) |
| () | () | () | 12. ¿Utiliza su familia cerámica o cristal emplomado para cocinar, comer o beber? |
| () | () | () | 13. ¿Tiene su hijo(a) cobertura por parte de TennCare? (TennCare Select, BlueCare, Americhoice, or Amerigroup) |

¿Cuándo fue el último examen de plomo en la sangre de su hijo(a)?

_____ Nunca _____ El año pasado _____ Hace de 1 a 2 Años _____ Hace más de 2 años

Evaluación		
_____ Bajo riesgo	_____ Alto riesgo, plomo normal de 12 a los 24 Meses	_____ Alto riesgo, necesita plomo / CBC
_____ a los 12 meses	_____ a los 12 meses	_____ a los 24 meses _____ a los 24 meses
Resultado:	Fecha:	Lugar:

Evaluación para la detección de TB

- | | | | |
|-----|-----|----------|---|
| Si | No | No lo sé | |
| () | () | () | 1. ¿Nació su hijo fuera de los Estados Unidos ?
¿Si fue así, en dónde nació? _____ |
| () | () | () | 2. ¿Ha viajado su hijo fuera de los Estados Unidos?
¿Si es así, por cuánto tiempo? _____ ¿A dónde? _____ |
| () | () | () | 3. ¿Ha vivido su hijo con alguien que tenga tuberculosis? |
| () | () | () | 4. ¿Ha vivido su hijo con alguien que viaje mucho a través del país o fuera de él? |

Por favor note: La mayoría de los niños de Tennessee tienen un riesgo extremadamente bajo de contraer tuberculosis. Sólo alrededor del 1% de nuestros pacientes necesita realizarse una prueba cutánea de TB.

¿Le han efectuado una prueba cutánea de TB a su hijo?

_____ No _____ Si, el año pasado
_____ Si, hace de 1 a 2 años _____ Si, hace más de 2 años

Evaluación		
_____ Baio Riesgo	_____ Alto Riesgo. necesita PPD	_____ Alto riesgo pero con resultados negativos para PPD
Resuladot:	Fecha:	Ubicación:

Scored by: _____ Date Scored: _____