Print in Color or Grayscale Only
Using Adobe Acrobat Reader 8.0 or later

Evaluación de Riesgos para la Infancia
El Envenenamiento con plomo Tuberculosis
Edad de 0 a 5 años

POR FAVOR IMPRIME EL APELLIDO DE LA PACIENTE

Instrucciones

Favor de usar un lapiz #2 llenar todo el ovalo como se muestra...

IMPRIME EL PRIMER NOMBRE DE LA PACIENTE

FECHA DE NACIMIENTO

MES DÍA AÑO

EXPOSICIÓN AL PLOMO

¿Usan ustedes remedios caseros que contengan plomo? *(Maria Luisa, Rueda, Liga, Coral)* sí ◯ no ◯

¿Usan ustedes ollas de barro para preparar o almacenar comida o bebida? sí ◯ no ◯

¿Le gusta comer a su niño(a) tierra o pedazos de pintura? sí ◯ no ◯

¿Vive su niño(a) en o visita frecuentemente una casa contruida antes de 1978, la cual ha sido recientemente renovada / reconstrulda o la estan renovando o reconstruyendo? sí ◯ no ◯

¿Vive su niño(a) en, o visita con frecuencia una casa que haya sido contruida antes de 1978, u otro lugar donde se está pelando o cayendose la pintura? *(Esto puede incluir una guardería infantil, preprimaria, escuela, casa de una niñera, pariente, amistad.)* sí ◯ no ◯

¿Tiene su niño(a) un padre / madre, hermano, hermana, compañero de casa o de juego que está recibiendo tratamiento para, o bajo observación por envenenamiento con plomo, o con un nivel de plomo mas alto de 10 ug/dL? sí ◯ no ◯

¿Viva su niño(a) o visita con frecuencia a alguien en cuyo trabajo o pasatiempo se expone al plomo? *(Por ejemplo: pintar, soldar, fabricar acumuladores, productos de vidrio o barro, reparar muebles, carros y plomeria)* sí ◯ no ◯

¿Vive su su niño(a) cerca de una fundidora de plomo o planta de acumuladores u otra industria que posiblemente despida o escape plomo? sí ◯ no ◯

EXPOSICIÓN A LA TUBERCULOSIS

¿Algun familiar del niño(a) o alguien que lo visita seguido a sido diagnosticado con TB activo? sí ◯ no ◯

¿Era el niño nacido en una región de alto riesgo que incluye todos los países de África, Asia, América Central, América del Sur o Europa del Este? sí ◯ no ◯

¿Su hijo viajó a un país de alta prevalencia de tuberculosis desde hace más de una semana? *(incluye Africa, Asia, América Central, América del Sur o Europa del Este)* sí ◯ no ◯

¿El niño(a) tiene contacto cercano con una persona que tiene el resultado de la prueba de TB positivo? sí ◯ no ◯

(U.S. Patent No. 7,487,102) (U.S. Patent No. 7,941,328)

SAMPLE

Copyright © PatientLink Card 712-S (Rev. 2/13/2012)