

Nombre del Paciente: _____ Fecha De Nacimiento: _____

EVALUACION DE RIESGO DE ENVENENAMIENTO DE PLOMO

Por favor de contestar las siguientes preguntas:

1. ¿Sus niños visitan regularmente una casa o lugar construida antes de 1980 que tenga la pintura pelada? (Incluyendo guardería de niños, preescolar, tejavan, casa de parientes, amigos, etc.)
 Si No
2. ¿Sus niños viven en o visitan regularmente una casa construida antes de 1980 donde están renovando o reconstruyendo la casa?
 Si No
3. ¿Sus niños tienen un padre, hermanos, o amigos que reciben tratamiento para envenenamiento de plomo en la sangre?
 Si No
4. ¿Sus niños viven con alguna persona que tenga un pasatiempo o trabajo con abjecros que contengan plomo? (Por ejemplo pintura, soldadura, construyendo baterías de automóvil o reparador de radiadores de vehículos.)
 Si No
5. ¿Sus niños viven cerca de una industria o fabrica que pudiera soltar plomo?
 Si No
6. ¿Usa usted los remedios de Azarcón, Greta o Paylooah para tratamiento de sus niños?
 Si No
7. ¿Ustedes usan cazuelas o platos hechos de barro para cocinar?
 Si No
8. Usted sirve la comida en platos que son importados o que tengan colores brillantes?
 Si No

FECHA:

FIRMA DE PADRE/GUARDIAN:

Evaluación Repetido

Cambio

No Cambio

Comentarios: _____
