



Page County Public Health  
 Questionario de Riesgo de Envenenamiento Infantil Por Plomo

Nombre del Niño \_\_\_\_\_ M/F Padre/Guardian \_\_\_\_\_

Fecha de Nac \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_ Seguro Med \_\_\_\_\_ No Medicaid \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Cod.Post \_\_\_\_\_

<b>1</b>	Ha vivido o visitado su hijo(a) a una casa que fue construida antes de 1960? (Por ejemplo: casa, guardería, casa de niñera o casa de familiares.)	<b>Sí</b>	<b>No</b>
<b>2</b>	Se ha notado pintura que se está despedazando o pedacitos de pintura en/o alrededor de la casa construida antes del 1960 donde vive o visita frecuentemente su hijo(a)?	<b>Sí</b>	<b>No</b>
<b>3</b>	Se ha remodelado o renovado la casa construida antes de 1960 donde vive o visita frecuentemente su hijo(a) a través de lo siguiente: A. Lijado, raspado o uso de quitapinturas adentro o afuera de la casa. B. Sacando paredes y/o quitando listones o yeso	<b>Sí</b>	<b>No</b>
<b>4</b>	Ingiere su hijo(a) cosas que no son comida, como tierra?	<b>Sí</b>	<b>No</b>
<b>5</b>	Ha tenido niveles de plomo $\geq 15$ ug/dL otro hijo(a) suyo u otros niños o compañeros de sus hijos?	<b>Sí</b>	<b>No</b>
<b>6</b>	Vive o está en contacto frecuentemente su hijo(a) con un adulto que trabaja con plomo en su trabajo o pasatiempo? (Ejemplos: pintor, soldador, fundidor, renovador de casas antiguas, empleado de galleria de tiro o de fábrica de baterías, trabajador de cerámica, trabajador de vidrio de colores, trabajador de chapa de metal, trabajador de chatarra de metal, plomero.)	<b>Sí</b>	<b>No</b>
<b>7</b>	Vive su hijo(a) cerca de una fábrica de baterías, planta de reciclaje de baterías o mezcladora de plomo?	<b>Sí</b>	<b>No</b>
<b>8</b>	Le da a su hijo(a) algún remedio casero o tradicional? (Ejemplos: azarcón, greta, té para el empacho).	<b>Sí</b>	<b>No</b>
<b>9</b>	Come su hijo(a) dulces que vienen de México o comprado de una tienda Mexicana? (Ejemplo: picarindo, vero palerindas)	<b>Sí</b>	<b>No</b>
<b>10</b>	Ha vivido su hijo(a) en México, Centroamérica, Sudamérica, Africa, Asia o el este de Europa, o ha visitado uno de estos lugares durante un periodo mas largo que dos meses?	<b>Sí</b>	<b>No</b>

Capillary lead results \_\_\_\_\_  
 <10 ug/dL Normal  
 10-14 ug/dL Slightly elevated- receive nutrition counseling, recheck in 3 months  
 >15 ug/dL Referred for venous lead level

Esta información sera dada a mi doctor: \_\_\_\_\_ (Nombre de Doctor /Clinica) y al Departamento de Salud Publica de Iowa del Buro de Prevension de Riesgo de Envenenamiento de Plomo. Fecha de ultima visita médica \_\_\_\_\_

Nombre de Dentista \_\_\_\_\_ Fecha de ultima visita \_\_\_\_\_

Yo doy permiso para compartir esta información a: WIC \_\_\_\_\_ Preschool \_\_\_\_\_  
 La Guardería \_\_\_\_\_ Other \_\_\_\_\_

**HIPAA**

He contestado las preguntas de arriba lo mejor de mi conocimiento y las respuestas son correctas y veridicas. Yo entiendo y estoy de acuerdo que los resultados seran compartidos con cualquier escuela o Guarderia en la cual my hijo esta establecido; con el doctor de mi hijo y tambien los resultados seran puestos en el archivo electronico de el estado de Iowa. Yo entiendo que bajo el acto de HIPAA de 1996, yo tengo ciertos derechos a privacidad de mi informacion medica. El aviso dela practica de privacidad esta disponible para explicarme acerca de mis derechos.

\_\_\_\_\_  
 Firma (Padre/Guardian)

\_\_\_\_\_  
 Fecha

Nurse's please check what information has been given to client:

\_\_\_\_ What my capillary result means  
 \_\_\_X\_\_\_ How to protect Iowa Families

\_\_\_\_ Eliminating Lead Hazards  
 \_\_\_\_ The Effects of Lead Exposure on School Performance  
 \_\_\_\_ other (list) \_\_\_\_\_

Date entered into Lead Care II Report: \_\_\_\_\_  
 Date entered into Cares: \_\_\_\_\_  
 Date Provider Notified: \_\_\_\_\_  
 Date Parent Notified: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 Staff signature time in/out  
 Inform complete